

# Qualitätssicherung



---

**BREMEN**

**Bericht für das Jahr**

**2016**

**gemäß § 135b Abs. 1 SGB V**

**der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Lande Bremen**



# Inhaltsverzeichnis

1.	Gesetzliche Grundlagen (Auszüge aus dem SGB V).....	1
2.	Vorbemerkungen .....	9
2.1	Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA).....	10
2.2	Leitlinien .....	11
2.3	Deutsche Mundgesundheitsstudien .....	13
3.	Ziele.....	15
4.	Fortbildung in Kooperation mit der Zahnärztekammer Bremen.....	17
5.	Gutachterwesen / Tübinger Modell.....	19
5.1	Gutachterwesen .....	19
5.2	Tübinger Modell.....	20
5.2.1	Tübinger Modell ZE/PAR .....	21
5.2.2	Tübinger Modell KFO .....	24
6.	Qualitätsmanagement / Qualitätssicherung.....	29
6.1	Qualitätsmanagement-Richtlinie .....	29
6.1.1	Risikomanagement .....	32
6.1.2	Fehlermeldesysteme .....	33
6.1.3	CIRSDent .....	33
6.2	Qualitätssicherungs-Richtlinie .....	34
6.3	Qualitätsprüfung (QP) und Qualitätsbeurteilung (QB) .....	35
7.	Honorarverteilungsmaßstab (HVM).....	37
8.	ergänzende Maßnahmen.....	39
8.1	interne Maßnahmen der KZV Bremen.....	39
8.2	Plausibilitätsprüfung nach § 106a SGB V.....	40
8.3	Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V.....	41
9.	Zahnärztliche Versorgung von alten und behinderten Patienten.....	43
9.1	Leistungen nach § 87 Abs. 2i SGB V .....	44
9.2	Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V .....	44
10.	Gesetzliche Vorgaben vs. Qualitätssicherung.....	47
10.1	Fortbildungspflicht gemäß § 95d SGB V.....	47
10.2	Beauftragter gemäß § 81a SGB V .....	48
10.3	Weiteres.....	48

## **Hinweis:**

Für diesen Bericht zeichnen als Vorstand verantwortlich:  
Dr. Dirk Mittermeier      [dmittermeier@kzv-bremen.de](mailto:dmittermeier@kzv-bremen.de)  
Oliver Voitke              [owitzke@kzv-bremen.de](mailto:owitzke@kzv-bremen.de)

Haus der Zahnärzte, Universitätsallee 25, 28359 Bremen, [info@kzv-bremen.de](mailto:info@kzv-bremen.de)  
Telefon: 04 21 – 22 00 7 – 26      Telefax: 04 21 - 22 00 7 – 96

## 1. Gesetzliche Grundlagen (Auszüge aus dem SGB V)

Mit dem „Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)“ sind mit Wirkung ab dem 01.01.2016 auch für den ambulanten Bereich umfangreiche Änderungen und Neufassungen der gesetzlichen Vorgaben in §§ 135 a bis 137 SGB V zur „Sicherung der Qualität der Leistungserbringung“ erfolgt.<sup>1</sup>

Gemäß § 72 Abs. 1 SGB V gelten sämtliche nachfolgenden Vorgaben „soweit sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte beziehen, (...) entsprechend für Zahnärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.“ So gelten z.B. die Vorgaben gemäß § 135b Abs. (4) SGB V ausdrücklich nur für Vertragsärzte, da die vertragszahnärztliche Vergütung in § 85 SGB V geregelt ist. Die Sanktionsmaßnahmen nach § 137 Abs. (1) SGB V gelten hingegen auch für den vertragszahnärztlichen Bereich.

### § 135a

#### Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung

- (1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.
- (2) Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, sind nach Maßgabe der §§ **136 bis 136b** und 137d verpflichtet,
  1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
  2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, wozu in Krankenhäusern auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört.
- (3) Meldungen und Daten aus einrichtungsinternen und einrichtungsübergreifenden Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen nach Absatz 2 in Verbindung mit § **136a Absatz 3** dürfen im Rechtsverkehr nicht zum Nachteil des Meldenden verwendet werden. Dies gilt nicht, soweit die Verwendung zur Verfolgung einer Straftat, die im Höchstmaß mit mehr als fünf Jahren Freiheitsstrafe bedroht ist und auch im Einzelfall besonders schwer wiegt, erforderlich ist und die Erforschung des Sachverhalts oder die Ermittlung des Aufenthaltsorts des Beschuldigten auf andere Weise aussichtslos oder wesentlich erschwert wäre.

*Begründung zum KHSG:*

*Zur Überschrift, zu Absatz 2 und Absatz 3 Satz 1: Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Neustrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen im Neunten Abschnitt.*

*Vorbemerkung: Die §§ 136, 136a und 137 werden durch die §§ 135b bis 137 ersetzt.*

### § 135b

#### Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

- (1) **Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben Maßnahmen zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen. Die Ziele und Ergebnisse dieser**

---

<sup>1</sup> Änderungen/Neufassungen sind in Fettdruck gekennzeichnet. Regelungen, die den ambulanten ärztlichen/zahnärztlichen Bereich nicht betreffen, sind durch entsprechende Auslassungen (...) gekennzeichnet.

Auch bei älteren, in den nachfolgend Kapiteln genannten Beschlüssen, Richtlinien o.ä. wird jeweils auf die aktuelle gesetzliche Grundlage verwiesen.

Qualitätssicherungsmaßnahmen sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen.

- (2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben; in Ausnahmefällen sind auch Vollerhebungen zulässig. Der Gemeinsame Bundesausschuss entwickelt in Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung sowie nach Maßgabe des § 299 Absatz 1 und 2 Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfungen nach Satz 1; dabei sind die Ergebnisse nach § 137a Absatz 3 zu berücksichtigen.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten auch für die im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen.
- (4) Zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen mit einzelnen Krankenkassen oder mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen oder den Verbänden der Ersatzkassen unbeschadet der Regelungen des § 87a gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen, in denen für bestimmte Leistungen einheitlich strukturierte und elektronisch dokumentierte besondere Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale festgelegt werden, bei deren Erfüllung die an dem jeweiligen Vertrag teilnehmenden Ärzte Zuschläge zu den Vergütungen erhalten. In den Verträgen nach Satz 1 ist ein Abschlag von dem nach § 87a Absatz 2 Satz 1 vereinbarten Punktwert für die an dem jeweiligen Vertrag beteiligten Krankenkassen und die von dem Vertrag erfassten Leistungen, die von den an dem Vertrag nicht teilnehmenden Ärzten der jeweiligen Facharztgruppe erbracht werden, zu vereinbaren, durch den die Mehrleistungen nach Satz 1 für die beteiligten Krankenkassen ausgeglichen werden.

*Begründung zum KHSG:*

*Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen im Neunten Abschnitt. Die Regelungen zur Förderung der Qualität durch die Kassenärztliche Vereinigung (§ 136 a. F.) werden ohne inhaltliche Änderung in den neuen § 135b überführt. Aus Gründen der Rechtsbereinigung wird das in § 136 Absatz 4 a. F. genannte Datum (31. Januar 2009) nicht in § 135 Absatz 4 übernommen.*

### § 135c

#### Förderung der Qualität durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft

(...)

### § 136

#### Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 insbesondere
  1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 115b Absatz 1 Satz 3 und § 116b Absatz 4 Satz 4 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und
  2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen. Soweit erforderlich erlässt er die notwendigen Durchführungsbestimmungen.

- (2) **Die Richtlinien nach Absatz 1 sind sektorenübergreifend zu erlassen, es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden. Die Regelungen nach § 136a Absatz 4 und § 136b bleiben unberührt.**
- (3) **Der Verband der Privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind bei den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 zu beteiligen; die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer sind, soweit jeweils die Berufsausübung der Psychotherapeuten oder der Zahnärzte berührt ist, zu beteiligen.**

*Begründung zum KHSG:*

*Zu Absatz 1: Absatz 1 entspricht der Regelung des § 137 Absatz 1 a. F. Aufgrund zusätzlicher Aufträge an den G-BA, insbesondere im Bereich der stationären Versorgung sowie verschiedener Konkretisierungen der bestehenden Regelungen, erfolgt aus rechtssystematischen Gründen eine Umstrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen im neunten Abschnitt. Zur besseren Übersichtlichkeit und Verständlichkeit stellt nun § 136 die Grundnorm für Richtlinien des G-BA nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 dar. Die Richtlinienaufträge des G-BA zu ausgewählten Bereichen werden in § 136a konkretisiert. Zudem sind auch die Regelungen zu den Beschlüssen des G-BA im stationären Bereich nunmehr in einem gesonderten Paragraphen (§ 136b) geregelt. Der Verweis auf § 116b Absatz 4 Satz 4 ist redaktionell korrigiert (vorher: § 116b Absatz 3 Satz 3).*

*Zu Absatz 2: Die Verpflichtung, die Richtlinien sektorenübergreifend zu erlassen, entspricht dem § 137 Absatz 2 a. F. Aufgrund der Neustrukturierung sind die Verweise angepasst.*

*Zu Absatz 3: Der § 136 Absatz 3 entspricht der Beteiligungsregelung des § 137 Absatz 1 Satz 3 a. F.*

## **§ 136a**

### **Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen**

- (1) **Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene in der Versorgung fest und bestimmt insbesondere für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung der Krankenhäuser Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität. Er hat die Festlegungen nach Satz 1 erstmalig bis zum 31. Dezember 2016 zu beschließen. Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei den Festlegungen etablierte Verfahren zur Erfassung, Auswertung und Rückkopplung von nosokomialen Infektionen, antimikrobiellen Resistenzen und zum Antibiotika-Verbrauch sowie die Empfehlungen der nach § 23 Absatz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes beim Robert Koch-Institut eingerichteten Kommissionen. Die nach der Einführung mit den Indikatoren nach Satz 1 gemessenen und für eine Veröffentlichung geeigneten Ergebnisse sind in den Qualitätsberichten nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 darzustellen. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll ihm bereits zugängliche Erkenntnisse zum Stand der Hygiene in den Krankenhäusern unverzüglich in die Qualitätsberichte aufnehmen lassen sowie zusätzliche Anforderungen nach § 136b Absatz 6 zur Verbesserung der Informationen über die Hygiene stellen.**
- (2) **Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest (...)**
- (3) **Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und legt insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme fest. Über die Umsetzung von Risikomanagement- und Fehlermelde-**

systemen in Krankenhäusern ist in den Qualitätsberichten nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 zu informieren. Als Grundlage für die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen nach § 17b Absatz 1a Nummer 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme, die in besonderem Maße geeignet erscheinen, Risiken und Fehlerquellen in der stationären Versorgung zu erkennen, auszuwerten und zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse beizutragen.

- (4) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat auch Qualitätskriterien für die Versorgung mit Füllungen und Zahnersatz zu beschließen. Bei der Festlegung von Qualitätskriterien für Zahnersatz ist der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen zu beteiligen; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der Zahnarzt übernimmt für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewähr. Identische und Teilwiederholungen von Füllungen sowie die Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind in diesem Zeitraum vom Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen. Ausnahmen hiervon bestimmen die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuchs bleibt unberührt. Längere Gewährleistungsfristen können zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie in Einzel- oder Gruppenverträgen zwischen Zahnärzten und Krankenkassen vereinbart werden. Die Krankenkassen können hierfür Vergütungszuschläge gewähren; der Eigenanteil der Versicherten bei Zahnersatz bleibt unberührt. Die Zahnärzte, die ihren Patienten eine längere Gewährleistungsfrist einräumen, können dies ihren Patienten bekannt machen.

*Begründung zum KHSG:*

*Aus rechtssystematischen Gründen werden die Richtlinienaufträge des G-BA zu ausgewählten Bereichen, die bislang im § 137 Absatz 1a bis 1d sowie Absatz 4 a. F. geregelt waren, in den neuen § 136a überführt. Während die Grundnorm § 136 in Absatz 1 die Richtlinienkompetenz des G-BA für die Vorgaben der Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung allgemein darstellt, werden in § 136a die vom Gesetzgeber konkret aufgegebenen Richtlinienaufträge für ausgewählte Bereiche geregelt. Die Verweise werden aufgrund der Neufassung der Regelungen zur Qualitätssicherung entsprechend angepasst. Der Regelungsinhalt bleibt weitgehend unberührt.*

*Geändert wurden zwei zeitliche Vorgaben: Der Auftrag nach Absatz 1 zur Bestimmung von Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität für die externe stationäre Qualitätssicherung ist vom G-BA nicht innerhalb der vormals gesetzten Frist (31. Dezember 2012) abgeschlossen worden. Nach der Entwicklung der Indikatoren hat der G-BA nunmehr zügig deren Übernahme in die Verfahren der externen Qualitätssicherung zu beschließen. Zum Abschluss des Auftrags ist dem G-BA jetzt eine Frist bis 31. Dezember 2016 gesetzt. Er ist gehalten, diesen Auftrag innerhalb dieses neuen Zeitfensters zu erfüllen. Die Frist nach Absatz 3 für die Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement (26. Februar 2014) ist aufgrund der Erfüllung des gesetzlichen Auftrags gestrichen worden (vgl. § 137 Absatz 1d Satz 1 a. F.).*

### **§ 136b**

**Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus**

(...)

### **§ 136c**

**Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung  
und Krankenhausplanung**

(...)



### § 136d

#### **Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss**

**Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen festzustellen, sich daraus ergebenden Weiterentwicklungsbedarf zu benennen, eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten und Empfehlungen für eine an einheitlichen Grundsätzen ausgerichtete sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen einschließlich ihrer Umsetzung zu erarbeiten. Er erstellt in regelmäßigen Abständen einen Bericht über den Stand der Qualitätssicherung.**

*Begründung zum KHSG:*

*Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Qualitätsregelungen im neunten Abschnitt. Der Auftrag an den G-BA zur Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung entspricht dem § 137b a. F. (Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin) und wird ohne Änderung des Regelungsinhalts in den neuen § 136d überführt. Die Überschrift wird zu Zwecken der Klarstellung in „Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss“ umbenannt.*

### § 137

#### **Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses**

**(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Förderung der Qualität ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach den §§ 136 bis 136c festzulegen. Er ist ermächtigt, neben Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung bei der Qualitätsverbesserung je nach Art und Schwere von Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen angemessene Durchsetzungsmaßnahmen vorzusehen. Solche Maßnahmen können insbesondere sein**

- 1. Vergütungsabschlüge,**
- 2. der Wegfall des Vergütungsanspruchs für Leistungen, bei denen Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nicht erfüllt sind,**
- 3. die Information Dritter über die Verstöße,**
- 4. die einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen.**

**Die Maßnahmen sind verhältnismäßig zu gestalten und anzuwenden. Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft die Festlegungen nach den Sätzen 1 bis 4 und zu den Stellen, denen die Durchsetzung der Maßnahmen obliegt, in grundsätzlicher Weise in einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13. Die Festlegungen nach Satz 5 sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss in einzelnen Richtlinien und Beschlüssen jeweils für die in ihnen geregelten Qualitätsanforderungen zu konkretisieren. Bei wiederholten oder besonders schwerwiegenden Verstößen kann er von dem nach Satz 1 vorgegebenen gestuften Verfahren abweichen.**

- (2) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern eine Dokumentationsrate von 100 Prozent für dokumentationspflichtige Datensätze fest. (...)**
- (3) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie die Einzelheiten zu den Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275a, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen. (...)**

*Begründung zum KHSG:**Zu Absatz 1*

*Die Anforderungen zur Qualitätssicherung, die der G-BA in Richtlinien nach § 136 oder Beschlüssen nach § 136b festlegt, sind für Leistungserbringer verbindlich (§§ 91 Absatz 6, 136b Absatz 2 Satz 1). Schutz und Vertrauen der Patientinnen und Patienten erfordern, dass diese Qualitätsanforderungen konsequent eingehalten werden. Hierfür bedarf es nach den bisherigen Erfahrungen, insbesondere mit der Erfüllung von Strukturvorgaben klarer Regelungen zur Durchsetzung, für die Fälle, in denen Leistungserbringer die Qualitätsanforderungen nicht einhalten. Satz 1 stellt insoweit klar, dass der G-BA gesetzlich ermächtigt und beauftragt ist, an die Nichteinhaltung von Qualitätssicherungsanforderungen Konsequenzen zu knüpfen, die entsprechend dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz je nach Art und Schwere des Verstoßes stufenweise einzusetzen sind. Hierfür hat der G-BA dem Wortlaut der Regelung nach ein gestuftes System von angemessenen Folgen vorzusehen, welche bei Qualitätsverstößen zur Anwendung kommen.*

*Satz 2 konkretisiert die Ermächtigung des G-BA in Bezug auf die von ihm zu regelnden Folgen. Danach kommen zunächst Maßnahmen zur Förderung der Qualitätsverbesserung in Betracht, z. B. Beratungs- oder Fortbildungsangebote, mit denen die Leistungserbringer darin unterstützt werden sollen, die Qualitätsanforderungen einzuhalten. Die Ermächtigung umfasst nach der Regelung aber auch Durchsetzungsmaßnahmen mit Sanktionscharakter, bei deren Anwendung der G-BA wiederum je nach Art und Schwere des Verstoßes Konsequenzen mit unterschiedlicher Eingriffsintensität vorzugeben hat.*

*Satz 3 führt einen nicht abschließenden Katalog von relevanten Durchsetzungsmaßnahmen auf. Der G-BA kann im Rahmen seines Gestaltungsspielraums aber auch zusätzlich Folgen bestimmen. Die Vorschrift ermöglicht dem G-BA damit ein breites Spektrum an Konsequenzen. Geregelt werden können nach der exemplarischen Aufzählung insbesondere Konsequenzen finanzieller Art wie Vergütungsabschläge oder sogar das Entfallen des Vergütungsanspruchs (Nummer 1 und 2). Letzteres kann der G-BA dem Wortlaut nach für Leistungen vorsehen, bei denen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nicht eingehalten werden. Dies entspricht der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bei Krankenhausleistungen. Danach ist eine nach zwingenden normativen Vorgaben ungeeignete Versorgung nicht im Rechtssinne erforderlich (§ 39) mit der Folge, dass hierfür keine Vergütung beansprucht werden kann. Leistungen, die solche Mindestanforderungen der Qualität nicht erfüllen, verstoßen gegen das Qualitätsgebot aus § 2 Absatz 1 Satz 3 und sind weder ausreichend, noch zweckmäßig oder wirtschaftlich im Sinne von § 12 Absatz 1 Satz 1 (BSG Urteil vom 1. Juli 2014, B 1 KR 15/13 R, Rn.10 ff.). Der G-BA ist nach Nummer 3 darüber hinaus ermächtigt, einrichtungsbezogene Informationen über Qualitätsverstöße an Dritte weiterzugeben. Hierunter fallen insbesondere Mitteilungen an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden aber auch Informationen an Gesundheitsämter oder im Transplantationsbereich an die Überwachungs- und Prüfungskommission bei der Bundesärztekammer. Die Weitergabe von Erkenntnissen über Qualitätsverstöße ist vor allem dann von Bedeutung, wenn die zu informierende Stelle nur in Kenntnis dieser Informationen ihre Aufgaben (z. B. Gesundheitsämter im Bereich der Krankenhaushygiene) sachgerecht erfüllen kann. Explizit berechtigt ist der G-BA nach Nummer 4 außerdem, die Unterrichtung der Öffentlichkeit über die Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen vorzugeben. Dies kann insbesondere bei Qualitätsmängeln, welche die Patientensicherheit gefährden, oder bei erheblichen Verstößen gegen Transparenzpflichten in Betracht kommen.*

*Die Regelung nach Satz 4 stellt klar, dass die unterschiedlichen Maßnahmen vom G-BA dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz entsprechend festzulegen und einzusetzen sind. Das heißt, dass bei Qualitätsverstößen eingriffsstärkere Maßnahmen wie Vergütungsabschläge regelmäßig erst zur Anwendung kommen dürfen, wenn etwa Unterstützungsangebote oder weniger belastende Durchsetzungsmaßnahmen nicht zum Erfolg geführt haben.*

*Satz 5 gibt dem G-BA vor, die Festlegungen zu den Folgen von Qualitätsverstößen sowie zu den Stellen, die diese Folgen durchzusetzen haben, grundsätzlich in einer Richtlinie zu regeln. Die generelle Festlegung der Konsequenzen, die an Verstöße gegen Qualitätsanforderungen geknüpft werden können, stärkt die Transparenz und Rechtssicherheit der Durchsetzung von Qualitätssicherungsvorgaben. Bei der Festlegung der für die Durchsetzung der Folgen zuständigen Stellen kommen je nach Maßnahme und Leistungsbereich unterschiedliche Akteure in Betracht, z. B. die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Krankenkassen, insbesondere für die Durchsetzung von Vergütungsfolgen. Die Maßnahmen zur Unterstützung der Qualitätsverbesserungen können als Aufgabe auch den Landesarbeitsgemeinschaften für sektorenübergreifende Qualitätssicherung oder den Lenkungsgremien der externen stationären Quali-*

*tätssicherung auf Landesebene übertragen werden. Die Richtlinie bedarf der Prüfung durch das Bundesministerium für Gesundheit (§ 94 Absatz 1).*

*Durch die Regelung in Satz 6 erhält der G-BA den Auftrag, die grundsätzlichen Regeln zu den Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach Satz 4 in den einzelnen Richtlinien und Beschlüssen zur Qualitätssicherung zu konkretisieren. In den spezifischen Beschlüssen zu Qualitätsanforderungen sind danach jeweils auch Regelungen zu den Folgen ihrer Nichteinhaltung und den jeweils anzuwendenden Durchsetzungsmaßnahmen zu treffen. Dabei ist in Bezug auf unterschiedlich schwere Verstöße gegen Qualitätsanforderungen auch in diesen themenbezogenen Festlegungen das nach den Sätzen 1 und 2 vorgeschriebene gestufte Vorgehen zu beachten.*

*Satz 7 stellt klar, dass von dem nach den Sätzen 1 und 2 geforderten stufenweisen Vorgehen bei wiederholten oder besonders schwerwiegenden Verstößen gegen Qualitätsanforderungen abgewichen werden kann. Dem GBA steht es danach frei, für diese Fälle abweichende Regelungen zu treffen.*

*Zu Absatz 2 (...)*

*Zu Absatz 3 (...)*

## § 137a

### Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 gründet ein fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Hierzu errichtet er eine Stiftung des privaten Rechts, die Trägerin des Instituts ist.
- (2) Der Vorstand der Stiftung bestellt die Institutsleitung mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Das Bundesministerium für Gesundheit entsendet ein Mitglied in den Vorstand der Stiftung.
- (3) Das Institut arbeitet im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. Es soll insbesondere beauftragt werden,
  1. für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte risikoadjustierte Indikatoren und Instrumente einschließlich Module für ergänzende Patientenbefragungen zu entwickeln,
  2. die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln,
  3. sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und dabei, soweit erforderlich, die weiteren Einrichtungen nach Satz 3 einzubeziehen,
  4. die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen,
  5. (...)
  6. für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung zusätzlich auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten darzustellen, die dem Institut von den Krankenkassen nach § 299 Absatz 1a auf der Grundlage von Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses übermittelt werden sowie
  7. Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln, die in der ambulanten und stationären Versorgung verbreitet sind, zu entwickeln und anhand dieser Kriterien über die Aussagekraft dieser Zertifikate und Qualitätssiegel in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu informieren.

In den Fällen, in denen weitere Einrichtungen an der Durchführung der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach **§ 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1** mitwirken, haben diese dem Institut nach Absatz 1 auf der Grundlage der Richtlinien des Gemeinsamen

Bundesausschusses zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung die für die Wahrnehmung seiner Aufgaben nach Satz 2 erforderlichen Daten zu übermitteln.

(4) ...

(5) ...

(6) ...

(7) Bei der Entwicklung der Inhalte nach Absatz 3 sind zu beteiligen:

1. die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen,
2. die Deutsche Krankenhausgesellschaft,
3. der Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
4. der Verband der Privaten Krankenversicherung,
5. die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer,
6. (...)

*Begründung zum KHSG:*

*Zu Absatz 3 Satz 3 und Absatz 10 Satz 1 und 4: Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen im Neunten Abschnitt.*

(...)

## § 137b

### Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Institut nach § 137a

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt zur Entwicklung und Durchführung der Qualitätssicherung sowie zur Verbesserung der Transparenz über die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung Aufträge nach § 137a Absatz 3 an das Institut nach § 137a. Soweit hierbei personenbezogene Daten übermittelt werden sollen, gilt § 299.**
- (2) Das Institut nach § 137a leitet die Arbeitsergebnisse der Aufträge nach § 137a Absatz 3 Satz 1 und 2 und Absatz 4 Satz 2 dem Gemeinsamen Bundesausschuss als Empfehlungen zu. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Empfehlungen im Rahmen seiner Aufgabenstellung zu berücksichtigen.**

*Begründung zum KHSG zur Neufassung von § 137b:*

*Zu Absatz 1: Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen im neunten Abschnitt. Die Beauftragung des Instituts nach § 137a durch den G-BA (§ 137 Absatz 5 a. F.) wird aus rechtssystematischen Gründen im Zusammenhang der Vorschriften zu diesem Institut in § 137b geregelt.*

*Zu Absatz 2: Die Regelung stellt klar, dass die Ergebnisse der wissenschaftlichen Arbeit des Instituts nach § 137a der Umsetzung durch den hierzu gesetzlich legitimierten G-BA bedürfen. Dem Institut selbst kommt keine Normsetzungskompetenz oder hoheitliche Befugnis zu. Deshalb werden dessen Arbeitsergebnisse dem G-BA als Empfehlungen zugeleitet und sind von ihm im Rahmen seiner Aufgabenstellung zu berücksichtigen. Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten entspricht die Formulierung nahezu wortgleich der für das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen geltenden Regelung in § 139b Absatz 4. Da sich die Zuweisung mit Berücksichtigungspflicht nach Satz 2 nur auf die Ergebnisse von Aufträgen des G-BA oder des Bundesministeriums für Gesundheit bezieht, gilt sie nicht für die Arbeitsergebnisse, die das Institut nach § 137a im Rahmen einer unbeauftragten Selbstbefassung erzielt.*

## 2. Vorbemerkungen

Die zahnärztliche Versorgung ist faktisch ein eigenständiger Sektor innerhalb der ambulanten Versorgung, der kaum Schnittpunkte mit anderen humanmedizinischen Bereichen aufweist. Die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung (→ Kapitel 6.2) nach § 135a Abs. 2 Nr. 1 SGB V kann deshalb in der Zahnmedizin nur sehr begrenzt zur Anwendung kommen.

Das Thema „Qualität“ wird in den politischen Diskussionen zum Gesundheitswesen immer wieder entweder mit dem Begriff der Kosteneinsparungen verknüpft oder gar auf diesen Begriff reduziert. Tatsächlich aber ist es so, dass die Qualitätssicherung bzw. -verbesserung wegen des dafür erforderlichen personellen und organisatorischen Aufwandes in den Praxen zunächst einmal Kosten verursacht.

Letztmals für 2012 bestand im vertragszahnärztlichen Bereich noch die widersprüchliche Situation, dass zwar einerseits die Qualität gesichert werden muss, andererseits angemessene Vergütungen zur Umsetzung dieser Qualitätssicherung durch die zwingende Koppelung der Honorare für vertragszahnärztliche Leistungen an die Grundlohn-Entwicklung gemäß § 85 Abs. 3 SGB V nahezu ausgeschlossen waren. Seit 2013 ist die Grundlohnsummen-Entwicklung nur noch einer von mehreren gleichgewichtigen Parametern, die bei der Festlegung der Gesamtvergütungen zu berücksichtigen sind:

- Zahl und Struktur der Versicherten (*seit 2013*),
- Morbiditätsentwicklung (*seit 2013*),
- Kosten- und Versorgungsstruktur ( $\approx$  Praxiskosten),
- Arbeitszeit, Art und Umfang zahnärztlicher Leistungen,
- Grundlohnsummen-Entwicklung.

Eine Überschreitung der Grundlohnsummen-Entwicklung führt damit seit 2013 nicht mehr automatisch zu einer Verletzung des weiterhin geltenden Grundsatzes der Beitragssatzstabilität gemäß § 71 SGB V. Gesetzliche Vorgaben zur Qualität der vertragszahnärztlichen Leistungserbringung können seit 2013 in dem Parameter „Art und Umfang zahnärztlicher Leistungen“ vergütungsseitig Berücksichtigung finden. In der praktischen Umsetzung erweist sich die Parametrisierung jedoch bisher als schwierig.

Unbeschadet dieser gesetzlichen Änderungen gelten unverändert die von der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung bereits in 2005 postulierten Grundsätze zur Qualitätsförderung bzw. Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde, die mit der gemeinsamen „Agenda Qualitätsförderung“ aus Juli 2014 aktualisiert und erweitert wurden:

- I. Förderung und Sicherung von Qualität sind wesentliche Voraussetzungen für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem.
- II. Qualitätsförderung ist eine zentrale Aufgabe des zahnärztlichen Berufsstandes. Als freier Beruf konzipiert und fördert er eigenständig Konzepte zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung.
- III. Es entspricht dem Selbstverständnis der Zahnärzte, ihre Patienten qualitativ hochwertig zu versorgen. Die Berufsvertretung der Zahnärzteschaft fördert daher ein reflexives zahnärztliches Berufsrollenverständnis und unterstützt Projekte zur Optimierung der Versorgungsqualität. Zwang und Kontrolle sind der Qualitätsförderung abträglich.
- IV. Die präventive Ausrichtung zahnmedizinischen Handelns ist ein wesentlicher Beitrag zur Qualitätsförderung. Ziel ist der Erhalt bzw. die Verbesserung der Mundgesundheit von Geburt an bis ins hohe Alter.
- V. Therapiefreiheit ist der Schlüssel zum Therapieerfolg. Dabei gewährleistet nur ein patientenbezogener Ansatz die Individualität der Behandlungsplanung. Leitlinien können diesen Prozess unterstützen.

- VI. Die Qualität der zahnmedizinischen Versorgung hängt wesentlich von der aktiven Mitarbeit des Patienten ab. Die umfassende Mitarbeit des Patienten und die Stärkung der Eigenverantwortung für seine Mundgesundheit sind im Rahmen der Qualitätsförderung in der Zahnmedizin unabdingbar.
- VII. Qualitätsförderung bedarf angemessener personeller und organisatorischer Strukturen sowie einer entsprechenden Vergütung. Die Rationierung von Mitteln ist der Qualitätsförderung abträglich.
- VIII. Eine an den medizinischen Erkenntnissen und dem Patientenwohl orientierte Aus- und Fortbildung ist eine unabdingbare Voraussetzung für eine hohe Qualität der zahnmedizinischen Versorgung.
- IX. Zahnärztliche Qualitätsförderung sollte in erster Linie sektorbezogen erfolgen und den Besonderheiten in der Zahnmedizin Rechnung tragen.
- X. Die Versorgungsforschung kann einen wichtigen Beitrag zur Förderung der Qualität in der zahnmedizinischen Versorgung leisten und muss von zahnärztlicher Seite gestärkt werden. Sie sollte hierbei dem Leitbild einer „lernenden Versorgung“ entsprechen und gleichermaßen der Qualität, den Patienten und der Förderung der Arbeitsbedingungen des zahnärztlichen Teams verpflichtet sein.

Der Vorstand der KZV Bremen vertritt zum Thema „Qualitätssicherung“ die Auffassung, dass diese im Praxisalltag schon von je her eine wichtige Rolle spielt, auch wenn die Verbesserung der Arbeitsprozesse früher nicht mit dem Namen „Qualitätssicherung“ belegt wurde.

Die Qualitätssicherung ist nach einhelliger Auffassung weiterhin eine wichtige Zukunftsaufgabe des Berufsstandes, die im Rahmen der Selbstverpflichtung in eigener Verantwortung zu erfüllen ist. Qualität muss sich in der Praxis beweisen, nicht „auf dem Papier“.

## 2.1 Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

Zuständig für die Festlegung verpflichtender Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a SGB V ist gemäß § 136 SGB V der GBA. Gemäß § 136a Abs. 4 SGB V legt der GBA auch die Qualitätskriterien für die Versorgung mit Füllungen und Zahnersatz fest. Zuständig für zahnärztliche Themen ist der „Unterausschuss Zahnärztliche Behandlung“.

In der Themenauswahl ist stets eine Vielzahl von Kriterien zu berücksichtigen. So ist die Relevanz eines Themas nicht allein abhängig von der damit verbundenen Fallzahl. Ebenso sind die Auswirkungen einer Erkrankung auf die betroffenen Patienten und die Komplexität der Behandlung zu berücksichtigen.

Aus zahnärztlicher Sicht sind Themen, die ausschließlich auf die Ergebnisqualität abzielen, abzulehnen, da hier nicht die Qualität der Versorgung, sondern letztlich lediglich die Höhe der Vergütung im Vordergrund stehen könnte.

In Vorbereitung bzw. in der Beratung befinden sich folgende zahnärztlichen Themen

- „Systemische Antibiotikatherapie in der Parodontologie ggf. im Rahmen konservierend-chirurgischer Behandlung“ mit den Zielen
  - Senkung der Anzahl nicht notwendiger Antibiotika-Verordnungen
  - Steigerung der Anzahl der Verordnungen von „Mitteln der ersten Wahl“
- „Qualität von Zahnextraktionen in Bezug auf Nachbehandlungen bei Zahnextraktionen“ mit den Zielen
  - Steigerung der Quote gewebeschonender Zahnextraktionen
  - Gestaltung der Indikationsstellung bezogen auf patientenseitige Risikofaktoren und die Durchführung von Extraktionen sowie des Patientenmanagements in der Weise, dass möglichst wenige Nachbehandlungen erforderlich werden.

## 2.2 Leitlinien

Ein wesentliches Element der zahnärztlichen Qualitätssicherung und –förderung ist die Erarbeitung und laufende Aktualisierung von Leitlinien.

Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für angemessene ärztliche bzw. zahnärztliche Vorgehensweisen bei Präventionsmaßnahmen und speziellen gesundheitlichen Problemen. Sie stellen einen durch definiertes, transparent gemachtes Vorgehen erzielten Konsens mehrerer Experten aus verschiedenen Fachbereichen und/oder Arbeitsgruppen dar. Leitlinien sind – in Abgrenzung zu Richtlinien – rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung. Sie sind Orientierungshilfen im Sinne von "Handlungs- und Entscheidungskorridoren" und sie sind Instrumente der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements. Sie sollen Behandlungsrisiken minimieren und zu einer wissenschaftlich begründeten, (zahn)ärztlichen Vorgehensweise motivieren und zugleich die Bedürfnisse und Einstellungen der Patienten berücksichtigen. Die Aufgabe einer Leitlinie ist die Wertung des aktuellen Wissens zu speziellen Gesundheitsproblemen und (zahn)ärztlichem Handeln. Sie dient zudem der Klärung gegensätzlicher Standpunkte und wägt Nutzen und Schaden einer bestimmten Vorgehensweise ab. Letztlich dienen Leitlinien der Beantwortung der Fragen: Was ist notwendig und sinnvoll? Was ist überflüssig? Was ist obsolet?<sup>2</sup>

Folgende Leitlinien wurden von der Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (ZZQ) erstellt bzw. aktualisiert:<sup>3</sup>

Stand:	Thema:
18.03.2015	Ablaufschema für die Erstellung und Koordination von Leitlinien
20.01.2014	Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe
31.01.2013	Operative Entfernung von Weisheitszähnen
22.11.2010	Fissurenversiegelung
22.11.2010	Früherkennung des Mundhöhlenkrebses
02.02.2009	Wurzelspitzenresektion

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und ihre Fachgesellschaften haben folgende Leitlinien allein oder in Kooperation mit Dritten (z.B. mit der ZZQ) erarbeitet bzw. aktualisiert:<sup>4</sup>

Stand:	Thema:
07.11.2016	Zahnimplantate bei medikamentöser Behandlung mit Knochenantiresorptiva (inkl. Bisphosphonate)
19.10.2016	Kariesprophylaxe bei bleibenden Zähnen – grundlegende Empfehlungen
04.08.2016	Die Behandlung periimplantärer Infektionen an Zahnimplantaten
25.05.2016	Therapie des dentalen Traumas bleibender Zähne
15.12.2015	Instrumentelle zahnärztliche Funktionsanalyse
26.03.2015	Hygienische Anforderungen an das Wasser in zahnärztlichen Behandlungseinheiten
20.03.2015	Vollkeramische Kronen und Brücken
30.10.2013	Dentale digitale Volumetomographie
04.07.2013	Implantatprothetische Versorgung des zahnlosen Oberkiefers

<sup>2</sup> Quelle: [www.zzq-berlin.de/leit.htm](http://www.zzq-berlin.de/leit.htm)

<sup>3</sup> Quelle: [www.zzq-berlin.de/leit.htm](http://www.zzq-berlin.de/leit.htm)

<sup>4</sup> Quelle: [www.dgzmk.de/zahnaerzte/wissenschaft-forschung/leitlinien.html](http://www.dgzmk.de/zahnaerzte/wissenschaft-forschung/leitlinien.html)

16.04.2013	Fluoridierungsmaßnahmen
22.03.2013	Operative Entfernung von Weisheitszähnen
29.11.2012	Implantologische Indikationen für die Anwendung von Knochenersatzmaterialien
01.08.2012	Festsitzender Zahnersatz für zahnbegrenzte Lücken
08.05.2012	Zahnsanierung vor Herzklappenersatz
08.05.2012	Zahnsanierung vor Herzklappenersatz
08.05.2012	Indikationen zur implantologischen 3D-Röntgendiagnostik und navigationsgestützten Implantologie
02.12.2010	Fissuren- und Grübchenversiegelung
01.12.2010	Diagnostik und Management von Vorläuferläsionen des oralen Plattenepithelkarzinoms in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
12.02.2009	Wurzelspitzenresektion

Weitere Leitlinien anderer Fachgesellschaften:<sup>5</sup>

Stand:	Thema:
22.08.2016	Down-Syndrom im Kindes- und Jugendalter
05.02.2014	Mundhöhlenkarzinom, Diagnostik und Therapie
05.07.2013	Obstruktive Sialadenitis
15.04.2012	Bisphosphonat-assoziierte Kiefernekrosen (BP-ONJ) und andere Medikamenten-assoziierte Kiefernekrosen
15.04.2012	Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden

Weitere Leitlinien sind in Arbeit bzw. in Planung (ebenfalls zum Teil in Kooperation mit Dritten, z.B. der ZZQ).

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) begleitet die Beratungen zu folgenden Leitlinienprojekten:<sup>6</sup>

- Diagnostik und Therapie des Bruxismus
- Diabetes und Parodontitis
- Zahnbehandlungsangst bei Erwachsenen
- Zahnsanierung vor Herzklappenersatz (Revision der bestehenden Leitlinie)

Auf einer Konsensuskonferenz im September 2015 wurden folgende Leitlinien konsentiert:<sup>7</sup>

- Periimplantäre Infektionen an Zahnimplantaten, Behandlung
- Zahnimplantate bei Patienten mit Zahnnichtanlagen
- Zahnimplantate bei Diabetes mellitus
- Zahnimplantate bei medikamentöser Behandlung mit Knochenantiresorptiva (inkl. Bisphosphaten)

Leitlinien differenzieren nicht zwischen vertrags- und privat-zahnärztlicher Leistungserbringung. Eine solche Trennung wäre hinsichtlich der Qualität der Leistungserbringung weder erforderlich noch sachgerecht. Relevant wird diese Trennung erst in der nachgelagerten Leistungsabrechnung. So ist z.B. bei Implantatversorgungen in Hinblick auf die Qualität der Ver-

<sup>5</sup> Quelle: [www.dgzmk.de/zahnaerzte/wissenschaft-forschung/leitlinien.html](http://www.dgzmk.de/zahnaerzte/wissenschaft-forschung/leitlinien.html)

<sup>6</sup> Quelle: Bericht des Vorstandes der KZBV für die Vertreterversammlung der KZBV am 16./17.11.2016 in Berlin.

<sup>7</sup> Quelle: Bericht des Vorstandes der KZBV für die Vertreterversammlung der KZBV am 28./29.10.15 in Hamburg.



sorgung eine Trennung zwischen – privat-zahnärztlich abzurechnendem – Implantat und – vertragszahnärztlicher – Suprakonstruktion nicht sinnvoll.

Die vorstehenden umfangreichen Auflistungen, die nur einen Ausschnitt aus der Vielzahl zahnärztlicher Leitlinien darstellen, belegen, dass Qualitätssicherung und –förderung für die Zahnärzteschaft weit mehr ist als eine Reaktion auf gesetzliche Vorgaben. „Qualität“ ist vielmehr ein wesentlicher Ausdruck des zahnärztlichen Selbstverständnisses, jenseits der immer wieder veränderten „technischen“ Definition von vertrags- und privat-zahnärztlichen Leistungen.

### 2.3 Deutsche Mundgesundheitsstudien

Bereits seit Beginn der 80er Jahre unterzieht die Deutsche Zahnärzteschaft mittels der „Deutschen Mundgesundheitsstudien“ (DMS) die Qualität zahnärztlicher Leistungen selbst regelmäßig kritischen Prüfungen.

Die DMS erlauben eine fortlaufend aktuelle, repräsentative Charakterisierung oral- und sozio-epidemiologischer Morbiditäts-, Mundgesundheitsversorgungs- und Mundgesundheitsverhaltensparameter der deutschen Bevölkerung.

Die zurückliegenden DMS zeigten unter anderem, dass es zu einem kontinuierlichen Rückgang der allgemeinen Karieslast bei Kindern und Jugendlichen einerseits gekommen ist, der im Zusammenhang mit der Ausweitung der Fissurenversiegelungen sowie einem regelmäßigen kontrollorientierten Inanspruchnahmeverhalten steht. Es gibt aber andererseits eine wachsende Schieflage innerhalb dieser Verteilung (Kariespolarisation). Dieser Trend wird bei Erwachsenen und auch Senioren eher durch einen Rückgang der Zahl extrahierter Zähne bestimmt. Für die Parodontitis wurde eine allgemeine Zunahme der Erkrankungslast bei gleichzeitigem Anstieg begleitender Zahnerkrankungen (Wurzelkaries) festgestellt.

Nach den gesamtdeutschen Erhebungszeitpunkten 1997 und 2005 wurde mit der DMS V des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) eine versorgungsepidemiologische Kennzifferaktualisierung unter Berücksichtigung des demografischen Wandels sowie der zeitgemäßen Methodendokumentation vorgelegt. Zu diesem Zweck wurden in die aktuelle Mundgesundheitsübersicht erstmals auch Daten von Frauen und Männern über 75 Jahre mit aufgenommen.

Finanziert von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung wurden von Oktober 2013 bis Juni 2014 in insgesamt 90 Untersuchungsgemeinden (über ganz Deutschland verteilt) zahnmedizinische Untersuchungen und ausführliche Befragungen durchgeführt. Insgesamt 4.000 Personen wurden per Zufallsauswahl aus den Einwohnermeldeämtern der entsprechenden Gemeinden ausgewählt und um eine Mitarbeit gebeten.

Die Mitte 2016 veröffentlichten Ergebnisse der DMS V lauten zusammengefasst wie folgt:<sup>8</sup>

- Karies
  - Acht von zehn der 12-jährigen Kinder (81 Prozent) sind kariesfrei, die Zahl der kariesfreien Gebisse hat sich in den Jahren von 1997 bis 2014 verdoppelt;
  - jüngere Erwachsenen (35- bis 44-Jährige): die Anzahl der Zähne mit Karieserfahrung ist seit 1997 um 30 Prozent zurückgegangen (4,9 Zähne); die Zahl der Fälle mit einer Karieserkrankung der Zahnwurzel hat sich im Vergleich zum Jahr 1997 halbiert.
- Parodontalerkrankungen
  - Die schweren Parodontalerkrankungen haben sich bei den jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) halbiert.
  - Bei den jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) gibt es einen rückläufigen Trend bei der Parodontitis trotz mehr erhaltener Zähne.

<sup>8</sup> Ein Abstract der IDZ-Studie mit zusätzlichen Datenblättern ist veröffentlicht unter <http://www.idz-koeln.de/>

- Insgesamt steigt der Behandlungsbedarf bei der Parodontitis aufgrund der demografischen Entwicklung prognostisch an.
- Verlagerung zu den älteren Senioren (75-100 Jahre), Parodontitisprävalenz hier > 50%.
- mit 11,5 Millionen schweren Parodontitisfällen bleibt die Behandlungslast in Deutschland hoch.
- Zahnverluste und prothetische Versorgung
  - Heute ist nur noch jeder achte jüngere Senior zahnlos, im Jahr 1997 war es noch jeder vierte.
  - Jüngere Senioren besitzen im Durchschnitt fünf eigene Zähne mehr als noch 1997.
  - Weil immer mehr jüngere Senioren ihre eigenen Zähne länger behalten, besteht häufiger die Möglichkeit, festsitzenden Zahnersatz zu verankern.
- Menschen mit Pflegebedarf
  - Ältere Menschen mit Pflegebedarf haben eine höhere Karieserfahrung, weniger eigene Zähne und häufiger herausnehmbaren Zahnersatz als die gesamte Altersgruppe der älteren Senioren.
  - Knapp 30 % der Menschen mit Pflegebedarf sind nicht mehr selbst in der Lage, ihre Zähne und Zahnprothesen eigenständig zu reinigen und zu pflegen. Sie benötigen Unterstützung bei der täglichen Mundhygiene. Mit zunehmendem Pflegebedarf steigt dieser Anteil deutlich an.
  - 60 % der Menschen mit Pflegebedarf sind nicht mehr in der Lage, einen Zahnarzttermin zu organisieren und dann die Praxis auch aufzusuchen.
- Mundgesundheitsverhalten
  - Jedes zweite Kind (45 Prozent) und jeder dritte Erwachsene (31 Prozent) kennen die Empfehlungen zur Zahnpflege und geben ein gutes Zahnputzverhalten an.
  - Im Vergleich zum Jahr 1997 geben dreimal mehr jüngere Senioren an, eine gute Mundhygiene zu haben.
- Morbiditätskompression
  - Krankheitslasten verschieben sich in das höhere Lebensalter: Ältere Senioren haben im Jahr 2014 einen Mundgesundheitszustand wie die jüngeren Senioren im Jahr 2005.
  - Das bedeutet gleichzeitig mehr mundgesunde Lebensjahre: Jüngere Senioren haben im Jahr 2014 eine bessere Mundgesundheit als ihre Altersgruppe im Jahr 2005.
- Vergleiche
  - Deutschland erreicht bei der Mundgesundheit in den Bereichen Karieserfahrung, Parodontitis und völlige Zahnlosigkeit im internationalen Vergleich Spitzenpositionen.
  - Die Mundgesundheit sowohl von Kindern als auch jüngeren Erwachsenen hat sich in Ost und Westdeutschland in den vergangenen 25 Jahren angeglichen.
- Handlungsfelder:
  - Kleinkinder
  - pflegebedürftige ältere Senioren (Eintritt der Pflegebedürftigkeit = Verlust oder Teilverlust der Alltagskompetenz)

In den folgenden Ausführungen wird gemäß der Vorgaben aus § 136 Abs. 1 SGB V auf die vertragszahnärztlichen Aspekte der Qualitätssicherung im Lande Bremen abgestellt.

### 3. Ziele

Die KZV Bremen betreibt seit mehreren Jahren mit differenzierten Ansätzen – die zum Teil aus gesetzlichen Vorgaben resultieren, zum Teil aber auch unabhängig davon sind – Qualitätssicherung auf verschiedenen Ebenen:

- I. Fortbildung in Kooperationen mit der Zahnärztekammer Bremen (→ Kapitel 4)
- II. Gutachterwesen / Tübinger Modell (→ Kapitel 5)
- III. Qualitätsmanagement / Qualitätssicherung (→ Kapitel 6)
- IV. Honorarverteilungsmaßstab (→ Kapitel 7)
- V. ergänzende Maßnahmen (→ Kapitel 8)

Die KZV Bremen verfolgt mit diesem Multilevel-Ansatz mehrere Ziele:

Die Fortbildung zu vertragszahnärztlichen Themen wird im Lande Bremen in ein umfassendes Konzept eingebettet, das alle Aspekte des zahnärztlichen Berufes umfasst. Dazu zählen Fortbildungen zu übergreifenden Themen wie z.B. zu Fragen des Praxismanagements und der Praxisorganisation.

In diesem Zusammenhang spielen auch die Fortbildungsveranstaltungen für Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) eine nicht zu unterschätzende Rolle. Voraussetzung für einen qualitäts-orientierten Arbeitsablauf ist, dass alle Mitwirkenden an dem Prozess der Leistungserbringung den Qualitätsgedanken verinnerlichen und in ihrem Handeln umsetzen.

Das im Rahmen des vertragszahnärztlichen Gutachterwesens praktizierte „Tübinger Modell“, das im Bereich der KZV Bremen bereits in 2001 eingeführt wurde, ist eine weitere, von der Zahnärzteschaft selbst initiierte Stufe der voraussetzungsorientierten Qualitätssicherung, obwohl dieses Modell vordergründig zunächst eine Qualitätsprüfung darstellt. Das Modell ermöglicht es aber, anhand objektiver Kriterien Qualitätsmerkmale abzufragen und die Ergebnisse dieser Abfrage zu analysieren. Damit werden die Voraussetzungen geschaffen, um die Ursachen für erkannte Qualitätsmängel gezielt und effektiv anzugehen. Ziel des „Tübinger Modells“ ist nicht vorrangig die „Kontrolle“ der Beteiligten auf Grundlage theoretischer Kriterien, sondern eine möglichst unbürokratische, fachlich gesicherte und praxisnahe Verfahrenshilfe für die beteiligten Gutachter und Praxen. Nach den guten Ergebnissen für PAR und ZE wurde das Tübinger Modell ab 2006 auf den Bereich der Kieferorthopädie erweitert.

Mit der Durchführung von Schulungsmaßnahmen zur Umsetzung der Vorgaben aus der Qualitätsmanagement-Richtlinie gemäß § 135a Abs. 2 Ziffer 2 SGB V (→ Kapitel 6.1) hat die KZV Bremen – hier in enger Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer Bremen – für die Praxen im Lande Bremen die Möglichkeit geschaffen, diese Vorgaben praxisorientiert und mit möglichst geringem Verwaltungsaufwand umzusetzen.

Würde die Qualitätssicherung hingegen ausschließlich auf die „technische“ Qualität der erbrachten Leistungen reduziert, so wie dies zum Teil von den Krankenkassen in den Verhandlungen über die Qualitätssicherungs-Richtlinie gemäß § 135a Abs. 2 Ziffer 1 SGB V (→ Kapitel 6.2) versucht wurde, blieben wichtige Aspekte unberücksichtigt, die in direktem Zusammenhang mit der Qualität stehen. So ist eine der Grundvoraussetzungen für eine gesicherte Qualität der zahnärztlichen Leistungen eine entsprechende Arbeitsvorbereitung und ein qualitätsorientierter Arbeitsablauf.

Mit den anstehenden Richtlinien zur Qualitätsprüfung und Qualitätsbeurteilung (→ Kapitel 6.3) soll der Schwerpunkt auf die Plausibilität von Befund und Behandlung gelegt werden. Doch auch dabei ist zu beachten, dass mit standardisierten Verfahren die zumeist sehr Patienten-individuellen Therapien und Versorgungen nur begrenzt qualitativ beurteilt und/oder geprüft werden können. Dies gilt umso mehr, als dass mit dem „GKV-Standard“ überhaupt nur

ein Teil der zahnärztlichen Versorgung abgebildet wird. So ist z.B. die private PZR eine unabdingbare Voraussetzung für den Erfolg einer vertragszahnärztlichen PAR-Behandlung.

Mit dem Honorarverteilungsmaßstab setzt die Qualitätssicherung auf der monetären Ebene an, indem für Praxen mit geringeren Fallzahlen höhere höchstzulässige Vergütungen je Fall gelten. Dieser Ansatz entspricht jedoch nicht der originären zahnärztlichen Sichtweise von Qualitätssicherung, sondern ist lediglich Folge der durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz zwar abgeschwächten, aber weiterhin bestehenden gesetzlichen Vorgaben aus § 85 SGB V.

Die ergänzenden „internen“ Maßnahmen zur Qualitätssicherung wurden von der KZV Bremen in den letzten Jahren kontinuierlich ausgebaut (→ Kapitel 8.1). Neben statistischen Auswertungen wie der „PAR-/ KBR-Hitliste“ und der „HVM-Fallzahl-Hitliste“ werden bei Bedarf „Praxisneugründer-Seminare“ durchgeführt, in denen jungen Zahnärztinnen und Zahnärzten ein umfassender Einblick in „das Leben als Vertragszahnarzt“ vermittelt wird. Ein Teil dieser internen Maßnahmen wurde ab 2010 in die Plausibilitätsprüfung nach § 106a SGB V überführt (→ Kapitel 8.2). Ein weiteres Qualitäts-Instrument ist die paritätische Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 106 SGB V (→ Kapitel 8.3), wobei eine gemäß § 12 SGB V vordergründig „unwirtschaftliche“ Behandlung nicht automatisch Rückschlüsse auf die erbrachte Versorgungs-Qualität zulässt.

Ergänzend bietet die KZV Bremen ihren Mitgliedern jeweils bei Bedarf Informationsveranstaltungen zu aktuellen vertragszahnärztlichen Themen an.

Ein wesentliches Tätigkeitsfeld wird in den kommenden Jahren die aufsuchende zahnärztliche Betreuung und Versorgung sowie die Verbesserung der zahnärztlichen Betreuung von Heimbewohnern sein (→ Kapitel 9).

Auf die zahnärztlichen Aspekte der immer noch aktuellen Flüchtlings-Thematik wird im Folgenden nicht gesondert eingegangen, da für diese Patientengruppe keine gesonderten Qualitätsaspekte im Vergleich zu den übrigen Patienten in vertragszahnärztlichen Praxen zum Tragen kommen.

#### **4. Fortbildung in Kooperation mit der Zahnärztekammer Bremen**

Gemäß § 3 Abs. 4 der geltenden Satzung der KZV Bremen kooperiert die KZV bei der Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen mit der Zahnärztekammer Bremen (ZÄK). Die KZV stellt der ZÄK zu diesem Zweck pro Jahr einen Betrag zur Verfügung, für den diese Fortbildungsveranstaltungen zu vertragszahnärztlichen Themen durchführt.

Der Informationsaustausch mit der ZÄK stellt dabei sicher, dass die Fortbildungsangebote zu vertragszahnärztlichen Themen

- durch den Vertreter der KZV im Fortbildungsausschuss der Kammer in enger Abstimmung mit der KZV gestaltet werden und
- in ein ganzheitliches Konzept eingebettet sind,

wodurch ein bedarfsgerechtes Fortbildungsangebot gewährleistet wird.

So führte die ZÄK in 2016 u.a. folgende – zum Teil mehrtägige – Fortbildungsveranstaltungen für Zahnärzte, ZFA, ZMF oder als Team-Kurse ganz oder teilweise zu vertragszahnärztlichen Themen durch:

- Abrechnung:
  - BEMA Teil II
  - Zahntechnische Abrechnung
  - ZE I - für Newcomer
  - ZE II – für Profis
  - Reparaturen und Wiederherstellungsmaßnahmen
  - Brückenkurs Abrechnung
  - KFO-Abrechnung
  - Abrechnung auf ein Neues
- Prophylaxe:
  - Grundlagen der zahnärztlichen Prophylaxe I
  - Die professionelle Prophylaxe-Managerin I, II, III und IV
  - Psychologie in der Prophylaxe
  - Prophylaxe auf ein Neues
- Verschiedenes:
  - Kinderzahnheilkunde
  - Datenschutz
  - Der gerinnungsgestörte Patient
  - Röntgenaktualisierung
  - Diabetespatienten
  - Minderjährige und betreute Patienten in der Praxis
  - KFO: Bracket-Positionierung
  - QM – garantiert einfach
  - Suprakonstruktion
  - Parodontie in der Schwangerschaft
  - Kieferorthopädie meets Logopädie
  - Die ZE-Beraterin

Die KZV Bremen stellt außerdem Räume sowie Materialien für die regelmäßig stattfindenden und von den teilnehmenden Vertragszahnärzten selbst organisierten Qualitätszirkel zur Verfügung.

Auch in 2016 fanden unter der Leitung von speziell geschulten – zahnärztlichen – Moderatoren mehrere Qualitätszirkel mit durchschnittlich etwa 15 bis 20 Teilnehmern zu verschiedenen Themen aus der zahnärztlichen Leistungs-Erbringung statt.

Zusätzlich finden seit 2006 zahnärztliche Colloquien statt, in denen im „kleinen Kreis“ unter Mitwirkung von hochqualifizierten Referenten spezielle Themen aus der Zahnheilkunde intensiv erörtert werden.

## 5. Gutachterwesen / Tübinger Modell

### 5.1 Gutachterwesen

Das Gutachterwesen in der vertragszahnärztlichen Versorgung hat sich seit Jahrzehnten bewährt. Die entsprechenden Verfahren sind auf Bundes- und Landesebene in Verträgen mit den Krankenkassenverbänden geregelt. Die Gutachter werden einvernehmlich von Krankenkassen und KZVen bestellt. Gutachten können vor und nach der Behandlung erstellt werden.

In einem *Planungsgutachten* vor Beginn der Behandlung beurteilt der Gutachter, ob die geplante Therapie fachlich angemessen ist und von der Krankenkasse bezuschusst werden kann. Bei einer Beschwerde des Patienten nach abgeschlossener Behandlung wird in einem *Mängelgutachten* die Berechtigung der Beschwerde eines Patienten beurteilt.

Der weit überwiegende Teil der Gutachten sind Planungsgutachten. Neben der qualitätsfördernden Begutachtung von Behandlungsplänen im Vorfeld der Behandlung gewährleistet dieses System bei Beanstandungen der Versorgung nach der durchgeführten Behandlung den Patienten eine zeitnahe und in der Regel abschließende Beurteilung, so dass bei Bedarf zeitnah eine Neuversorgung erfolgen kann.

Das vertragszahnärztliche Gutachterwesen weist die Besonderheit auf, dass es ein rein innerzahnärztliches System ist. Die Begutachtung erfolgt ausschließlich durch erfahrene und für diese Tätigkeit speziell qualifizierte Vertragszahnärzte. Dies führt zu einer hohen Akzeptanz der erstellten Gutachten nicht nur bei den Patienten und den Krankenkassen, sondern insbesondere bei den Behandlern, deren Pläne begutachtet werden. Zu dieser Akzeptanz trägt wesentlich bei, dass das kollegiale Gespräch zwischen Gutachter und Behandler Bestandteil jeder Begutachtung ist.

Die Vertrags-Gutachter der KZV Bremen werden auf Gutachter-Tagungen und Gutachter-Gesprächskreisen, die die KZV Bremen regelmäßig durchführt, über aktuelle Entwicklungen im Bereich der Qualitätssicherung informiert.

In dem jährlichen Gutachter-Gesprächskreis – zuletzt am 18.04.2016 – werden vorrangig Praxis-orientierte Themen aus der Gutachter-Tätigkeit u.a. anhand ausgewählter Fälle besprochen. Bei Bedarf werden zusätzlich vertragliche bzw. gesetzliche Grundlagen und Vereinbarungen erörtert wie z.B. in 2015 die seit dem 01.05.2015 gültige neue PEA-Verfahrensordnung sowie die regionale Ergänzungsvereinbarung gemäß der Bundes-Gutachtervereinbarung. Die Gesprächskreise werden durch den Vorstandsvorsitzenden, der auch Gutachter-Referent ist, in enger Kooperation mit dem Vorsitzenden des Prothetik-Einigungs-Ausschusses (PEA) vorbereitet und geleitet. Die Gutachter erhalten damit ein direktes, praxis-bezogenes Feedback durch den Vorsitzenden der Widerspruchs-Instanz für Primärkassen-Fälle.

Die jährliche Gutachter-Tagung fand am 02.11.2016 statt. Im Vorfeld dieser Veranstaltung führte die KZV Bremen eine Gutachter-Fortbildung durch mit dem Referenten Herrn Prof. Wöstmann zu dem Thema „Wissenswertes zu Biomaterialien in der zahnärztlichen Begutachtung“. Die Teilnahme an dieser Fortbildung sowie an der nachfolgenden Tagung war für die Vertrags-Gutachter der KZV Bremen verpflichtend. Zu den Gutachter-Tagungen werden neben dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) stets auch die Gutachter der Zahnärztekammer, sofern sie nicht auch gleichzeitig Vertrags-Gutachter sind, sowie der Gutachter-Referent der Zahnärztekammer eingeladen, da insbesondere im Zahnersatzbereich die Erbringung vertraglicher und außervertraglicher Leistungen häufig eng miteinander verbunden ist. Gemäß der Bundes-Gutachtervereinbarung wurden zu der Tagung auch die Vertreter der Krankenkassenverbände im Lande Bremen eingeladen.

Anfang 2016 fand erstmals eine gesonderte Informationsveranstaltung für zwischenzeitlich neu berufene Gutachter statt. In diesem durch den Vorstandsvorsitzenden geleiteten Gespräch

„im kleinen Rahmen“ lernten die neuen Gutachter u.a. ihre Amtsvorgänger kennen, die sich bereit erklärten, für eine Übergangszeit noch als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen. Ebenfalls nahmen an dem Gespräch der Vorsitzende des Prothetikeinigungsausschusses sowie der Vorsitzende der Bezirksstelle Bremerhaven teil.

Ergänzend finden auf regionaler und Bundes-Ebene Tagungen der KFO- und der Implantologie-Gutachter (Ausnahmeindikationen gemäß § 28 SGB V) statt.

Die Gutachter werden dazu angehalten, der Qualität der begutachteten Versorgungen besondere Beachtung zu schenken. So werden die Gutachter für Qualitätsmerkmale sensibilisiert, die über rein „technische“ Aspekte wie den Randschluss oder Lockerungsgrade hinausgehen. Im Rahmen der vorstehend genannten Veranstaltungen werden auch Erfahrungen z.B. über neue Materialien und Behandlungsmethoden, Korrelationen zwischen Alter eines Zahnersatzes und ggf. auftretende Mängel ausgetauscht und zusammengetragen.

Wenn gegen ein Gutachten durch den Behandler oder die Krankenkasse Widerspruch eingelegt wird, erhält der Gutachter stets eine Mitteilung über die Entscheidung der nächsten Instanz bzw. der nächsten Instanzen (Primärkassen: Prothetik-Einigungsausschuss (PEA) / PEA-Widerspruchsstelle; Ersatzkassen: Obergutachten / Vorstand). Damit bekommt der Gutachter ein „Feedback“. Werden gutachterliche Entscheidungen eines bestimmten Gutachters in der Folgeinstanz auffallend häufig abgeändert, prüft der Vorstand die zugrunde liegenden Fälle und erörtert sie bei Bedarf mit dem Gutachter.

Der Vorstand hat am 09.11.2005 eine Gutachter-Richtlinie beschlossen und gemäß der neuen Bundesgutachtervereinbarung am 02.07.2014 aktualisiert, in der u.a. definiert wird, welche

- Voraussetzungen designierte Gutachter erfüllen müssen, um berufen zu werden (z.B. Mindest-Tätigkeitszeit als Vertragszahnarzt, vorherige Tätigkeit als stellv. Mitglieder im PEA, mindestens landesdurchschnittliches KZV-Abrechnungsvolumen);
- Pflichten Gutachter haben (z.B. laufende Fortbildung).

Außerdem ist mit dieser Richtlinie festgelegt, dass angestellte Zahnärzte nicht als Vertrags-Gutachter tätig sein können. In Folge der mit der Angestellten-Tätigkeit verbundenen wirtschaftlichen Abhängigkeit wäre nicht uneingeschränkt sichergestellt, dass bei der gutachterlichen Tätigkeit eines Angestellten die gemäß Ziffer 5 des Allgemeinen Teils der Bundes-Gutachtervereinbarung zwingend erforderliche fachliche Unabhängigkeit und Weisungsungebundenheit stets uneingeschränkt gegeben wäre.

Mit der Gutachter-Richtlinie wird ein weiterer Beitrag für eine nachhaltige Qualitätssicherung geleistet, indem sichergestellt wird, dass die Berufung von Gutachtern nach objektiven und transparenten Kriterien erfolgt. Hierdurch wird zusätzlich eine kollegiale Akzeptanz der Vertragsgutachter bei den von Gutachten betroffenen Behandlern erreicht, die dadurch belegt wird, dass von den jährlich insgesamt rund 1.000-1.200 ZE-Planungs- und Mängel-Gutachten weniger als 5 % aufgrund von Widersprüchen der Behandler in die nächste Instanz gelangen.

Gemäß der Bundes-Gutachtervereinbarung gilt, dass erstmalig berufene Gutachter im ersten Jahr ihrer Gutachter-Tätigkeit die erstellten Gutachten der KZV bzw. dem von ihr bestellten Fachberater zur Beratung hinsichtlich einer kontinuierlichen Qualitätssicherung vorzulegen haben. Diese Aufgabe wird bei der KZV Bremen von dem Vorstandsvorsitzenden und Gutachter-Referenten übernommen, so dass der Vorstand, der für die Berufung von Gutachtern zuständig ist, ein direktes Feedback über die Tätigkeit neuer Gutachter erhält.

## 5.2 Tübinger Modell

Im Falle einer Begutachtung überlässt der Behandler zusammen mit den diagnostischen Unterlagen das von ihm entsprechend ausgefüllte „Tübinger Modell“-Formular dem Gutachter. Das in Form eines Fragebogens gestaltete Formular dient dem Behandler gleichzeitig als



Check-Liste mit Punkten, die für eine fachlich fundierte Planung unerlässlich ist. Das Formular dient auch der Kommunikation zwischen Behandler und Gutachter. Der Gutachter füllt nach Auswertung der vorgelegten Unterlagen und ggf. einer Untersuchung des Patienten das Formular aus und sendet an die KZV sowie an den Behandler je eine Kopie.<sup>9</sup>

Die Daten aus den Formularen werden von der KZV erfasst und jährlich anonymisiert ausgewertet. Anhand der Auswertungsergebnisse ist dann deutlich erkennbar, welche Probleme ggf. im Rahmen von Gutachten gehäuft zu Tage treten, so dass an diesen Punkten gezielt z.B. mit entsprechenden Fortbildungs-Angeboten (→ Kapitel 4) und Informationen (individuell oder allgemein an alle Praxen z.B. per Rundschreiben) angesetzt werden kann.

Das bereits in 2001 im Lande Bremen eingeführte „Tübinger Modell“ setzt am Anfang einer Behandlung an. Grundlage für den Erfolg einer Behandlung ist eine gründliche befundorientierte Planung mit Diagnostikunterlagen in mindestens ausreichender Qualität. Das Gutachterverfahren stellt somit ein effektives ergänzendes Qualitätssicherungsinstrument dar.

Das „Tübinger Modell“ ist voraussetzungsorientiert, ohne Zusatzbelastung für den Patienten. Der Vorteil für die Behandler ist, dass das Formblatt als Kommunikationsmittel und Checkliste zugleich dient. Das fachlich fundamentierte System des „Tübinger Modells“ ist einer schematischen Qualitätskontrolle mittels rein statistischer Auswertung der Haltbarkeit (z.B. Tragedauer, Wiederholungsleistung) zahnärztlicher Leistungen vorzuziehen. Die Qualitätskontrolle befindet sich sinnvollerweise in der Hand der Zahnärzteschaft, nur diese kann eine fundierte fachliche Beurteilung abgeben. Das „Tübinger Modell“ schafft damit die Voraussetzungen, um die Ursachen für erkannte Qualitätsmängel gezielt und effektiv anzugehen und ist durch die Einbeziehung sowohl der Gutachter als auch der Behandler eine Hilfe für alle Beteiligten.

*Grundlage* ist die zentrale Bedeutung von Befund und Planung unter Beachtung der Richtlinien. *Ziel* ist die gutachterliche (fachliche) Beurteilung von Diagnostik und Vorbehandlung zur Sicherung der Qualität zahnärztlicher Behandlungstätigkeit. Die *Durchführung* geschieht unter aktiver Einbeziehung des Behandlers. Qualitätssicherung wird somit unter realen Praxisbedingungen durchgeführt, ohne dass das sensible Beziehungsgeflecht zwischen Zahnarzt, Patient und Krankenkasse gestört wird.

### 5.2.1 Tübinger Modell ZE/PAR

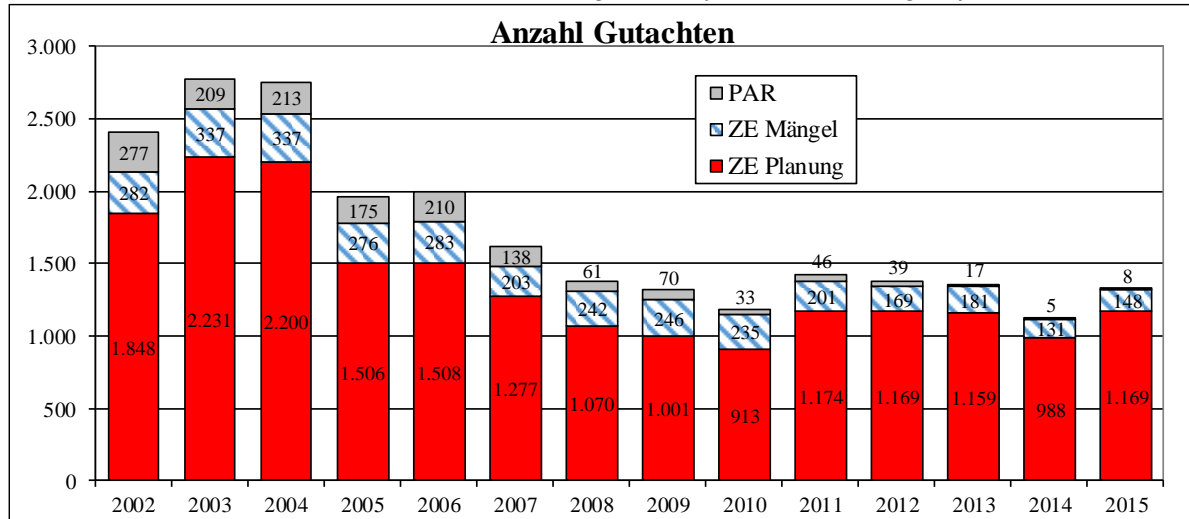
Die durchschnittliche Zahl der im „Tübinger Modell“ erfassten ZE-Planungsgutachten lag in 2015 bei knapp 100 pro Monat. Hinsichtlich der nachfolgend angegebenen Prozent-Werte für „ZE-Mängel“ und PAR ist zu beachten, dass diese nur bedingt aussagekräftig sind, da im Lande Bremen durchschnittlich nur ca. 1 PAR-Planungsgutachten und rund 10-15 ZE-Mängelgutachten pro Monat erfolgen. Deshalb führt schon eine geringe Schwankung der absoluten Zahl der Gutachten zu einer starken prozentualen Veränderung.

Insbesondere im Bereich der Planungsgutachten war seit Einführung des ZE-Festzuschuss-systems im Jahre 2005 ein kontinuierlicher Rückgang der Zahl der von den Krankenkassen in Auftrag gegebenen ZE-Planungsgutachten bis 2010 festzustellen. Diese Entwicklung war kein „Bremen-Spezifikum“, sondern deckte sich mit den im Bundesgebiet insgesamt rückläufigen Zahlen. Nachdem in 2011 die Zahl der ZE-Planungsgutachten erstmals wieder anstieg, blieb sie bis 2013 nahezu konstant. Nach einem vorübergehenden Rückgang in 2014 wurde in 2015 wieder etwa das vorherige Niveau erreicht.

Auch für PAR-Planungsgutachten ist insbesondere seit 2007 ein deutlicher Rückgang festzustellen. In 2015 lag die Anzahl bei nur noch knapp 4 % des Wertes aus dem Jahr 2003:

---

<sup>9</sup> Bei Nachbegutachtungen, Obergutachten und PEA-Stellungnahmen wird nicht erneut ein „Tübinger Modell“-Bogen ausgefüllt. Bei Begutachtungen von Behandlungen Bremer Versicherter durch auswärtige Zahnärzte entfällt der „Tübinger Modell“-Bogen. Die Zahl der nachfolgend aufgeführten „Tübinger Modell“-Fälle ist deshalb etwas geringer als die Zahl der Gutachten.

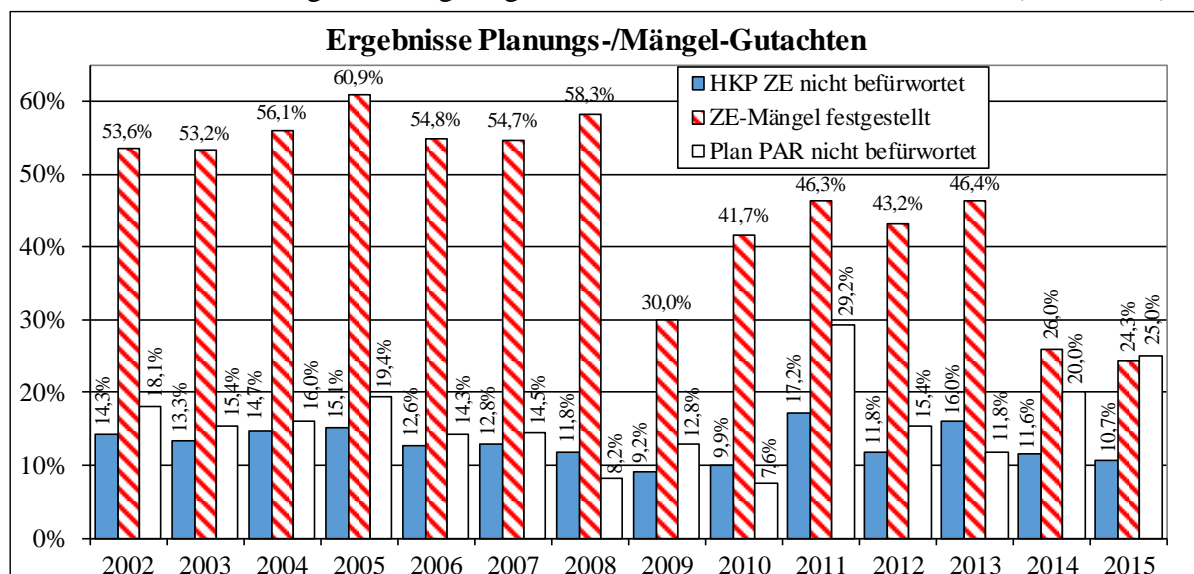


Seit 2010 ist die Zahl der ZE-Mängelgutachten tendenziell ebenfalls rückläufig. Die niedrigere absolute Zahl derartiger Gutachten belegt nicht nur die hohe Qualität der vertragszahnärztlichen Versorgung im Lande Bremen, sondern zeigt auch den verantwortungsbewussten Umgang der beauftragenden Krankenkassen mit diesem Instrument.

Jeder Behandler kennt aus seiner Praxis Einzelfälle, in denen fachlich einwandfreie Versorgungen nicht den subjektiven Erwartungen des Patienten entsprechen. In Zusammenarbeit der KZV Bremen mit den Verbänden der Krankenkassen wird angestrebt, dass in solchen Fällen von den Krankenkassen nicht der „leichtere“ Weg der Einleitung eines Mängelgutachtens zur „Beruhigung“ von unzufriedenen Versicherten gegangen wird. Stattdessen sollen die Krankenkassen ihre Versicherten über den Sinn und Zweck von Gutachten aufklären. In der überwiegenden Zahl der Fälle wird deshalb von den Krankenkassen i.d.R. ein Mängelgutachten nur dann eingeleitet, wenn eine begründete Vermutung für einen bestehenden Mangel und nicht nur eine subjektive Unzufriedenheit des Versicherten mit seiner Zahnersatzversorgung vorliegt.

Diese dezidierte Vorarbeit ist eine wesentliche Ursache dafür, dass in den wenigen ZE-Mängelgutachten bei einem vergleichsweise hohen Anteil der Fälle Mängel festgestellt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass „Mängel festgestellt“ nicht heißt, dass die Versorgung in jedem Fall vollständig unbrauchbar ist. In vielen Fällen ist eine – für den Patienten kostenlose – Nachbesserung möglich.

Der vorübergehende Anstieg der Zahl der nicht befürworteten PAR-Pläne in 2011, 2014 und 2015 ist vor dem Hintergrund der geringen Zahl von PAR-Gutachten zu sehen (siehe oben):



Die absolute Zahl der nicht befürworteten

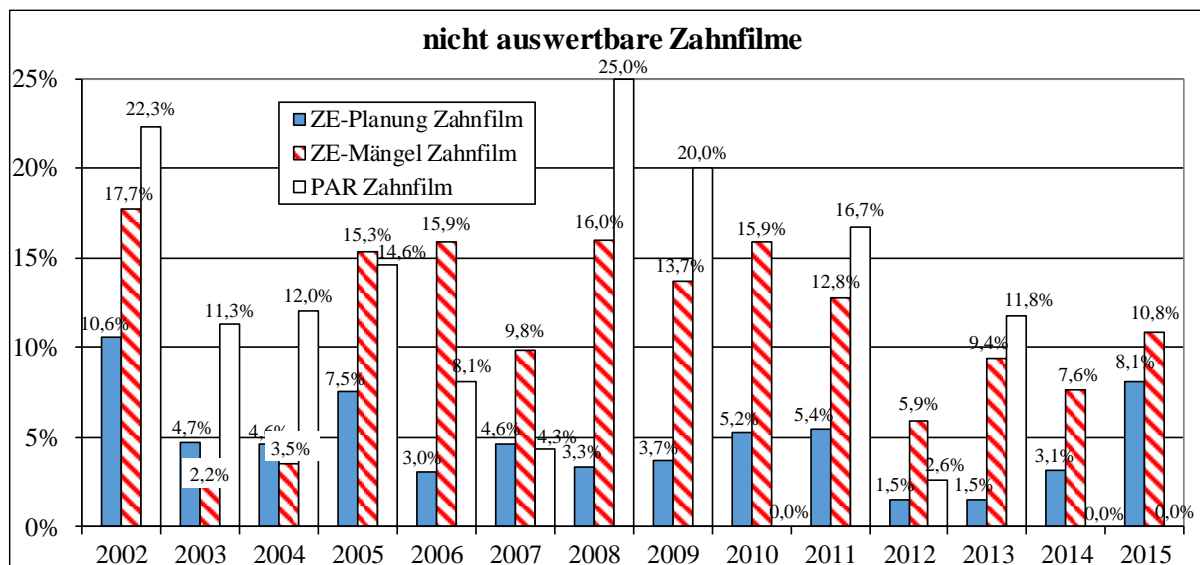
- ZE-HKPs ist zwar von 115 (bei 988 Planungsgutachten) in 2014 auf 125 (bei 1.169 Planungsgutachten) in 2015 gestiegen, der prozentuale Anteil der nicht befürworteten Planungen ist jedoch von 11,6 % auf 10,7 % weiter zurückgegangen,
- PAR-Pläne ist zwar von 1 (bei 5 Planungsgutachten) in 2014 auf 2 (bei 8 Planungsgutachten) in 2015 gestiegen, der prozentuale Anteil der nicht befürworteten Planung an der Gesamt-PAR-Fallzahl ist dennoch unverändert verschwindend gering.

Sowohl zu der Zahl der im „Tübinger Modell“ erfassten Gutachten als auch der nicht befürworteten Planungen ist die Relation zu der jeweiligen Gesamt-Fallzahl zu beachten. Bei insgesamt knapp 90.000 ZE- und 7.000 PAR-Fällen, die in 2015 von Zahnärzten im Lande Bremen über die KZV Bremen abgerechnet wurden, lag der prozentuale Anteil von

- ZE-Planungsgutachten (1.169) bei 1,3 % (125 nicht befürwortet: 0,1 %);
- PAR-Planungsgutachten (8) bei 0,1 % (2 nicht befürwortet: 0,03 %);
- ZE-Mängelgutachten (148) bei 0,16 % (36 x Mängel festgestellt: 0,04 %).

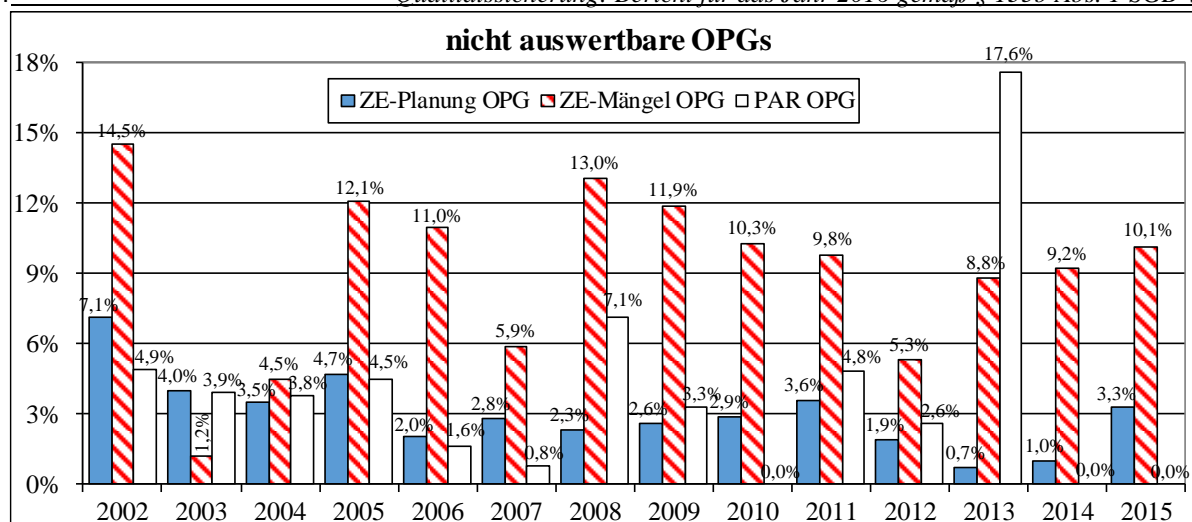
Die Tatsache, dass somit rund 99 % der geplanten bzw. durchgeführten ZE- und PAR-Fälle unbeanstandet blieben, belegt die hohe Planungs- und Behandlungs-Kompetenz der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte im Lande Bremen.

Die starken Schwankungen bei Zahnfilmen zu PAR-Plänen und bei ZE-Mängelgutachten erklären sich aus der sehr geringen absoluten Zahl der entsprechenden Gutachten. Bei Zahnfilmen zu ZE-Planungsgutachten hat sich der nicht auswertbare Anteil im Vergleich zum ersten Erhebungsjahr 2002 mit einigen Schwankungen bis 2014 deutlich verringert. Für 2015 ist jedoch ein Anstieg des Anteils der nicht auswertbaren Zahnfilme festzustellen:



Eine ähnliche Entwicklung ist für den Anteil der nicht auswertbaren OPGs<sup>10</sup> bei ZE-Planungsgutachten festzustellen, der bis 2014 rückläufig war und in 2015 wieder angestiegen ist:

<sup>10</sup> OPG: Orthopantomogramm, auch „Panoramaschichtaufnahme“ genannt.



Trotz der weiterhin sehr niedrigen Anzahl nicht auswertbarer Zahnfilme und OPGs erfolgten zur Feststellung möglicher Ursachen für diese Entwicklung umfangreiche Rücksprachen mit den Gutachtern. Diese Rücksprachen ergaben, dass in der Vergangenheit trotz Anforderung nicht zur Verfügung gestellte Zahnfilme bzw. OPGs in Einzelfällen gar nicht bewertet wurden. Immer mehr Gutachter sind zwischenzeitlich jedoch dazu übergegangen, nicht vorgelegte Zahnfilme bzw. OPGs konsequent als „nicht auswertbar“ zu klassifizieren.

Dies hat gezeigt, dass zu der Bewertung sämtlicher Röntgenbilder eine Kalibrierung der Gutachter erforderlich ist. Neben dieser Qualitätssicherungsmaßnahme im Rahmen des „Tübinger Modells“ wird der Vorstand künftig die Einzel-Ergebnisse von Praxen mit mindestens 3 begutachteten Zahnfilmen pro Jahr gesondert prüfen und bei wiederholten Auffälligkeiten entsprechende Maßnahmen einleiten.

Die starken Schwankungen bei ZE-Mängelgutachten und insbesondere bei PAR resultieren wiederum aus der geringen absoluten Zahl dieser Gutachten.

### 5.2.2 Tübinger Modell KFO

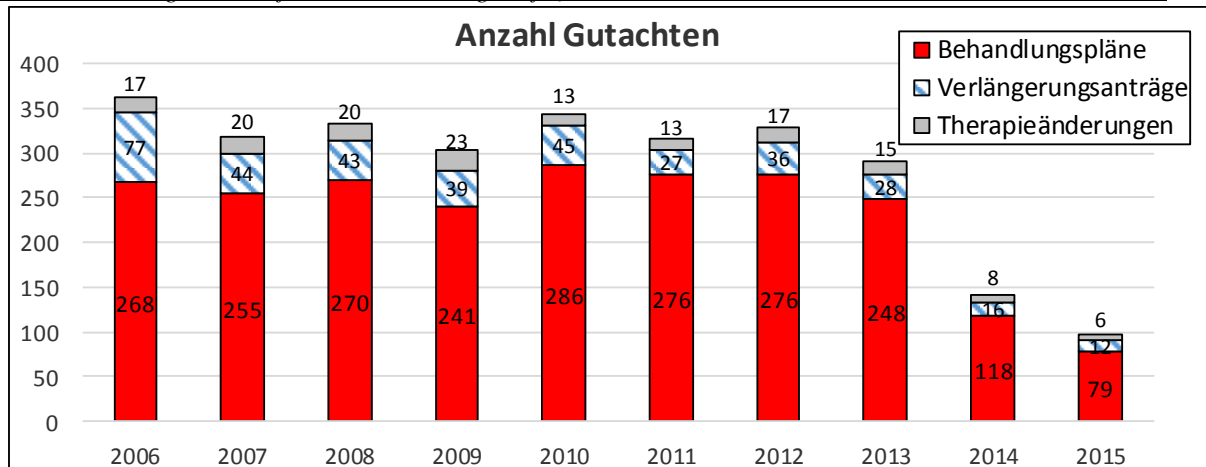
Aufgrund der positiven Erfahrungen hatte der Vorstand der KZV Bremen beschlossen, das „Tübinger Modell“ mit Wirkung ab dem 01.01.2006 um den Bereich KFO zu erweitern.

Besonders in der kieferorthopädischen Behandlung ist die voraussetzungsorientierte Qualitätssicherung von großer Tragweite, da mit der Planung wesentliche Entscheidungen für eine meist drei- bis vierjährige Behandlung eingeleitet werden. Bei einer Fehlplanung bzw. -behandlung würde kostbare Entwicklungszeit unwiederbringlich verloren gehen.

Der „Tübinger Modell KFO“-Ausfüllbogen erfasst die Qualität wesentlicher Voraussetzungen einer erfolgreichen kieferorthopädischen Behandlung.<sup>11</sup>

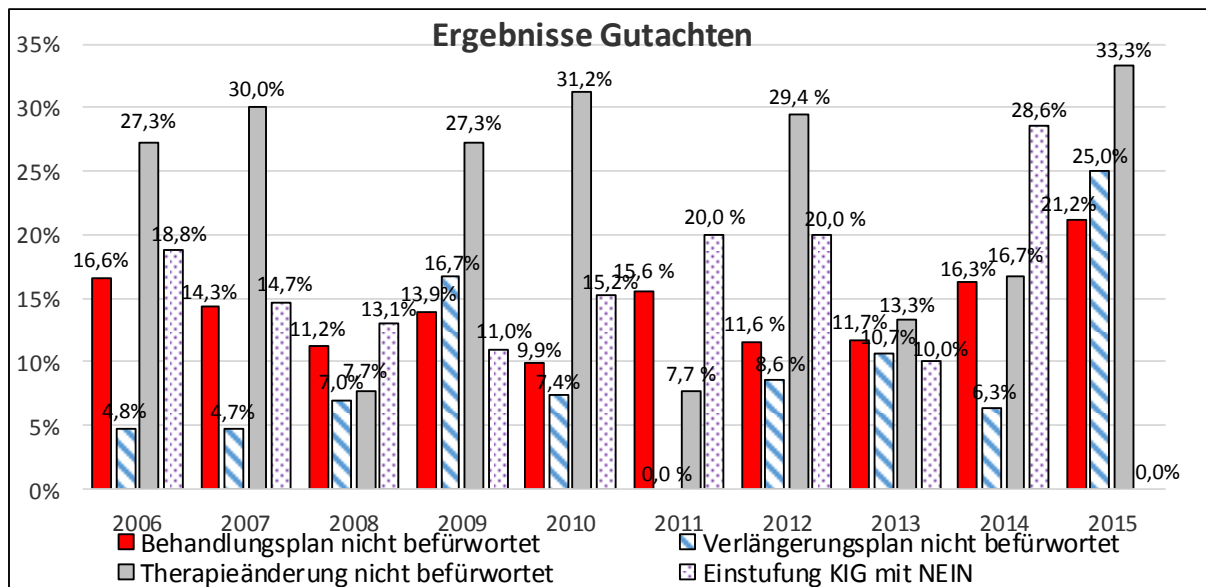
Trotz der vergleichsweise geringen Zahl von Kieferorthopäden bzw. nur kieferorthopädisch tätigen Zahnärzten im Lande Bremen (Stand 30.09.2016: 34 in 18 Praxen; incl. angestellter Zahnärzte bzw. Kieferorthopäden) ist aus den Ergebnissen des „Tübinger Modells KFO“ trotz der rückläufigen Zahl der Gutachten – noch – eine ausreichende empirische Auswertungs-Basis verfügbar:

<sup>11</sup> Bei Nachbegutachtungen und Obergutachten wird nicht erneut ein „Tübinger Modell“-Bogen ausgefüllt. Bei Begutachtungen von KFO-Behandlungen Bremer Versicherter durch auswärtige Zahnärzte entfällt der „Tübinger Modell“-Bogen. Die Zahl der nachfolgend aufgeführten „Tübinger Modell“-Fälle ist deshalb etwas geringer als die Zahl der KFO-Gutachten.



Die auf Basis der erfassten Planungsgutachten – ebenso wie im PAR-Bereich gibt es für KFO keine Mängelbegutachtung – vorgenommenen Auswertungen ergaben hinsichtlich der Fälle, in denen zu einem oder mehreren Aspekten der Planung noch Verbesserungsbedarf besteht, überwiegend Werte im niedrigen einstelligen Prozent-Bereich.

Trotz des seit Beginn des „Tübinger Modells KFO“ bereits bestehenden sehr hohen Qualitätsniveaus konnten zum Teil noch weitere Verbesserungen erreicht werden. Die im „Tübinger Modell“ erfassten KFO-Gutachten im Lande Bremen führten zu folgenden Ergebnissen:<sup>12</sup>



<sup>12</sup> „KIG Nein“ = KIG-Einstufung erfolgte nicht bzw. nicht korrekt.

KIG-Erläuterungen zu den Behandlungsbedarfsgraden 1-2 und 3-5:

Grad 1 und 2: Eine Behandlung wird als Privatleistung durchgeführt, weil ...

- 1 eine leichte Zahnfehlstellung vorliegt, die aus ästhetischen Gründen zwar behandelt werden kann, deren Behandlung allerdings nur als Privatleistung angeboten wird.
- 2 eine Zahnfehlstellung vorliegt, die aus medizinischen Gründen eine Korrektur erforderlich macht, deren Behandlungskosten jedoch wegen des geringeren Ausprägungsgrades der Zahn- und/oder Kieferfehlstellung nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird.

Grad 3 bis 5: Eine Behandlung wird zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse durchgeführt, weil ...

- 3 eine ausgeprägte Zahn- und/oder Kieferfehlstellung vorliegt, die aus medizinischen Gründen eine Behandlung erforderlich macht.
- 4 eine stark ausgeprägte Zahn- und/oder Kieferfehlstellung vorliegt, die aus medizinischen Gründen dringend eine Behandlung erforderlich macht.
- 5 eine extrem stark ausgeprägte Zahn- und/oder Kieferfehlstellung vorliegt, die aus medizinischen Gründen unbedingt eine Behandlung erforderlich macht.

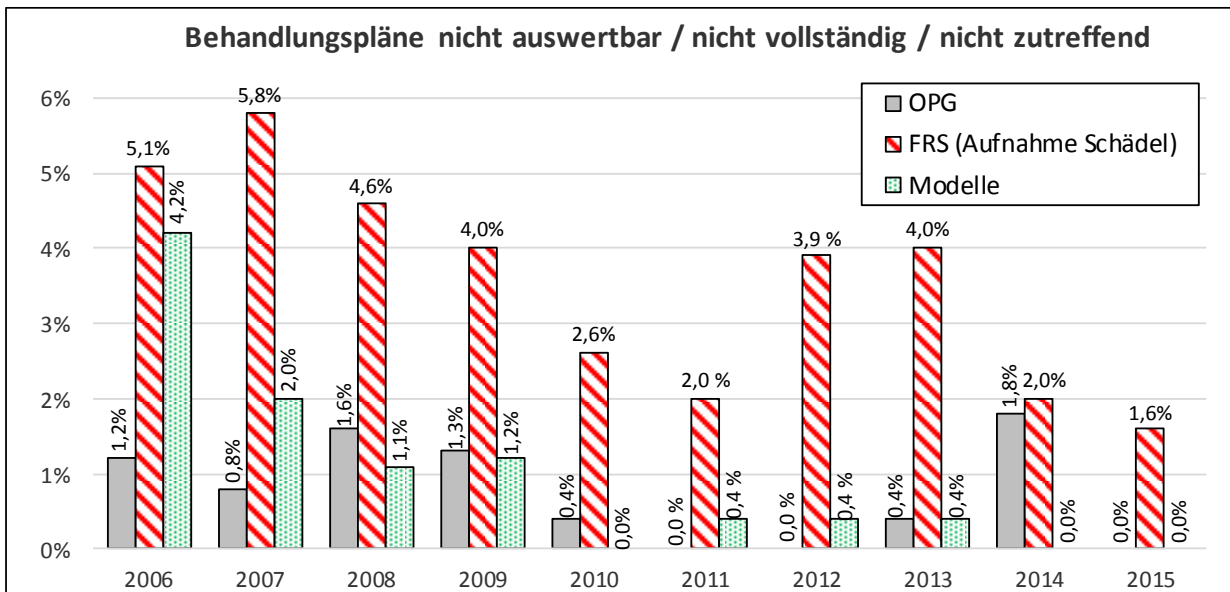
In 2015 ging die bereits in 2014 sehr geringe Anzahl von Gutachten zur KIG-Einstufung nochmals deutlich zurück. Fehlerhafte KIG-Einstufungen wurden in den verbliebenen Gutachten nicht festgestellt.

Die starken Schwankungen bei den nicht befürworteten Verlängerungsplänen und den Therapieänderungen ergeben sich vorrangig daraus, dass im Lande Bremen pro Monat nur jeweils 1-3 diesbezügliche Gutachten anfallen.

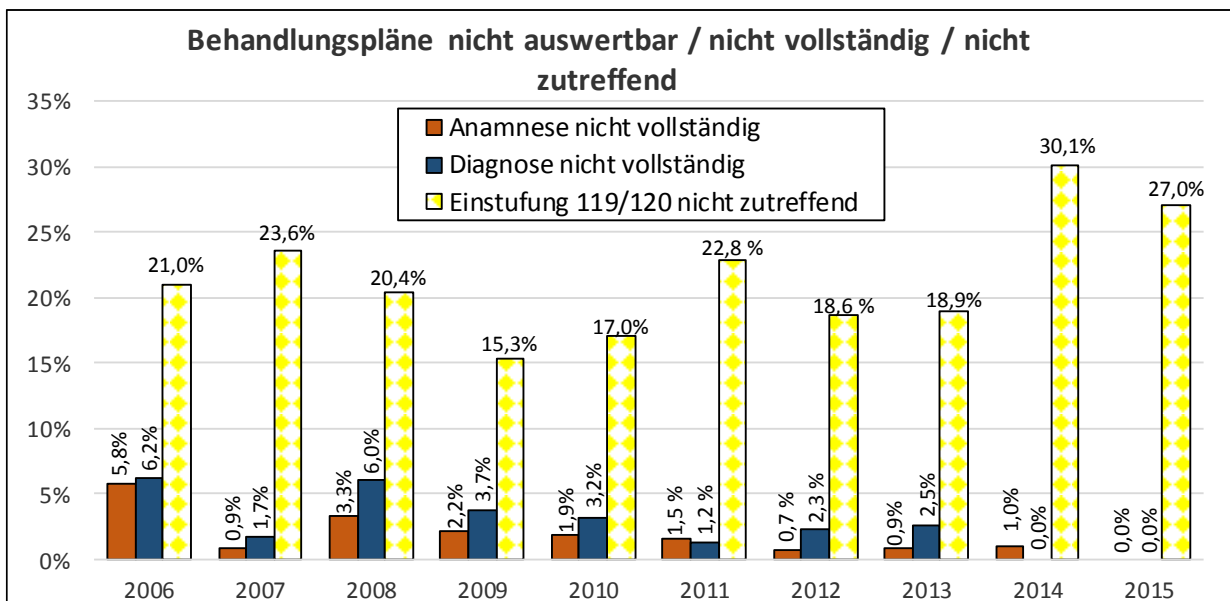
In Bezug auf die von kieferorthopädisch tätigen Praxen im Lande Bremen über die KZV Bremen in 2015 abgerechneten rund 71.000 KFO-Fälle ergeben sich folgende prozentuale Anteile:

- Behandlungsplan nicht befürwortet: 17 = 0,024 %;
- Verlängerungsplan nicht befürwortet: 3 = 0,004 %;
- Therapieänderung nicht befürwortet: 2 = 0,003 %.

Zu den im Rahmen von Begutachtungen geprüften Kriterien ist hier insbesondere der konstant geringe Anteil nicht auswertbarer OPGs und Modelle positiv festzuhalten:



Der Anteil nicht vollständiger Anamnesen liegt seit 2012 konstant bei max. 1 %. Auch der Anteil nicht vollständiger Diagnosen ist weiter zurückgegangen:



Handlungsbedarf besteht weiterhin hinsichtlich der vergleichsweise hohen Werte für nicht zutreffende Einstufungen nach 119 / 120<sup>13</sup>. Hierbei handelt es sich jedoch ausschließlich um eine abrechnungstechnische Einstufung, die für die zahnmedizinischen Aspekte einer kieferorthopädischen Behandlungen ohne Belang ist.

Die nächste „Tübinger Modell“-Auswertung erfolgt Anfang/Mitte 2017.

---

<sup>13</sup> Kieferumformung und zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss (Einstufung 119 / 120)

119: Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| a) einfach durchführbarer Art   | b) mittelschwer durchführbarer Art        |
| c) schwierig durchführbarer Art | d) besonders schwierig durchführbarer Art |

120: Maßnahmen zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss in sagittaler oder lateraler Richtung einschließlich Retention

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| a) einfach durchführbarer Art   | b) mittelschwer durchführbarer Art        |
| c) schwierig durchführbarer Art | d) besonders schwierig durchführbarer Art |

Entsprechend der Schwierigkeit der Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers und zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss sind die Bema-Nrn. 119 und 120 aufgeteilt in die Schwierigkeitsgrade a bis d. Die Zuordnung zu den Buchstaben a bis d erfolgt nach einem vorgegebenen Bewertungssystem. Da sich die Vergütung nach Nr. 119 auf die Umformung eines Kiefers bezieht, diese Ziffer somit bei Maßnahmen zur Umformung sowohl des Ober- als auch des Unterkiefers zweimal abgerechnet wird, muss auch die Zuordnung in den Schwierigkeitsgrad getrennt für Ober- und Unterkiefer vorgenommen werden. Die Maßnahmen zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss lösen die Abrechnung von einmal Nr. 120 aus; die Schwierigkeitsgrad-Ermittlung ist somit einmal vorzunehmen.





## 6. Qualitätsmanagement / Qualitätssicherung

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung im vertragszahnärztlichen Bereich sind in §§ 135a, 135b, 136, 136a, 136d, 137 SGB V definiert (→ Kapitel 1) und somit durch die KZV zwingend umzusetzen. Gemäß § 135a SGB V ist zu unterscheiden zwischen

- einrichtungsinternem Qualitätsmanagement (→ 6.1) und
- einrichtungsübergreifender Qualitätssicherung (→ 6.2).

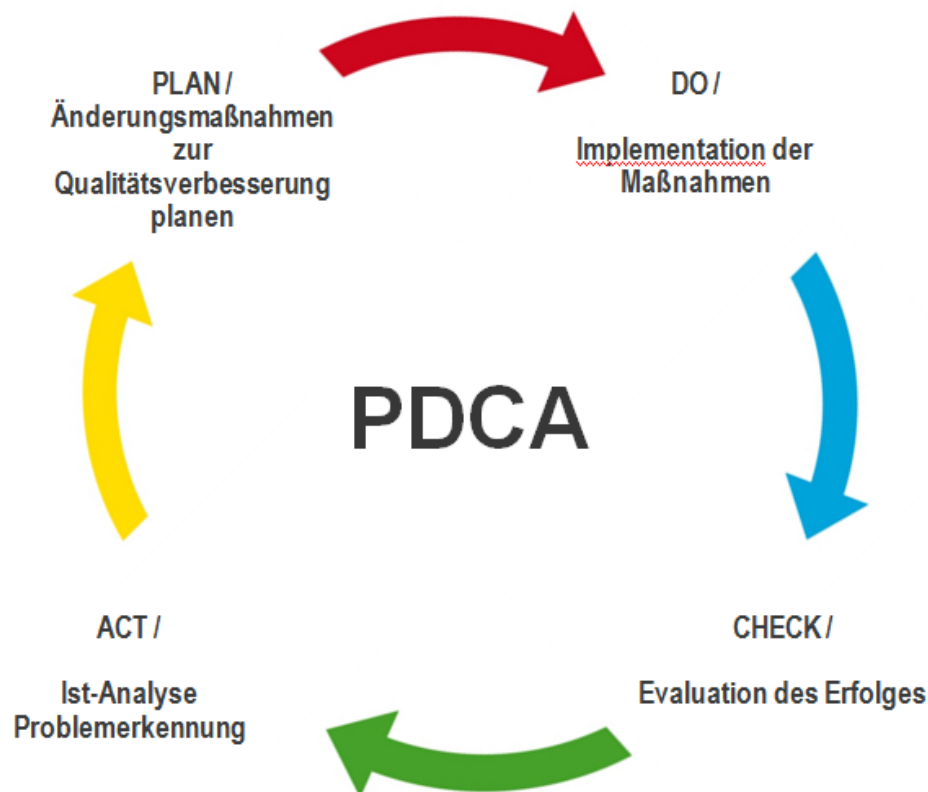
Der Gesetzgeber strebt mit diesen Vorgaben vorrangig eine Kontrolle von Ergebnissen an („Ergebnisqualität“).

In der Qualitätssicherung stehen als künftige weitere Maßnahmen die Qualitätsprüfung und die Qualitätsbeurteilung an (→ 6.3).

### 6.1 Qualitätsmanagement-Richtlinie

Grundlage für eine wirksame Qualitätsförderung und Qualitätssicherung ist ein effektives einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM). Dieses dient der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung und der Praxisorganisation. Das QM muss dazu individuell auf die spezifischen und aktuellen Gegebenheiten und Bedürfnisse der Patienten, der Praxisleitung und der Praxismitarbeiter bezogen und für sie nützlich hilfreich sowie unbürokratisch sein. Dann trägt es wesentlich dazu bei, die Zufriedenheit der am Prozess beteiligten – insbesondere der Patienten – zu erhöhen.

Die Ziele des QM werden erreicht, indem der IST-Zustand analysiert wird, ggf. Änderungen geplant, implementiert und in geeigneten Zeitabständen überprüft werden. Diese Schritte liegen beim zahnärztlichen QM jeder qualitätsfördernden Maßnahme zugrunde und werden als „Qualitätskreislauf“ (Plan-Do-Check-Act – „PDCA“-Zyklus) beschrieben:



Grundelemente eines einrichtungsinternen QM sind:

- Erhebung und Bewertung des IST-Zustandes,
- Definition von Zielen,
- Beschreibung von Prozessen und Verantwortlichkeiten,
- Ausbildung und Anleitung aller Beteiligten,
- Durchführung von Änderungsmaßnahmen,
- erneute Erhebung des IST-Zustandes,
- praxisinterne Rückmeldung über die Wirksamkeit von QM-Maßnahmen.

Am 31.12.2006 trat die am 17.11.2006 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) beschlossene Richtlinie für die vertragszahnärztliche Versorgung zum Qualitätsmanagement gemäß §§ 135a Abs. 2 Ziffer 2 und § 136 SGB V mit folgender Zielsetzung in Kraft:

„Die Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements dient der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung und der Praxisorganisation. Insbesondere soll die Ausrichtung der Praxisabläufe an gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen unterstützt werden. Qualitätsmanagement muss für Praxisleitung und Praxismitarbeiter sowie für die Patienten nützlich, hilfreich und unbürokratisch sein. Zusätzlich soll Qualitätsmanagement dazu beitragen, die Zufriedenheit der am Prozess Beteiligten, insbesondere der Patienten zu erhöhen.

Die Ziele des Qualitätsmanagements werden erreicht, indem der Ist-Zustand analysiert wird, gegebenenfalls Änderungsmaßnahmen geplant, implementiert und in geeigneten Zeitabständen überprüft werden. Diese Schritte liegen jeder qualitätsfördernden Maßnahme zugrunde und werden als Qualitätskreislauf beschrieben.“

Mit dieser Richtlinie wurde von den Partnern im GBA der Tatsache Rechnung getragen, dass zahnärztliche Praxen in der Regel bereits über sehr hohe Qualitätsstandards verfügen. Die meisten der oben genannten Maßnahmen sind in der überwiegenden Mehrzahl der Praxen schon lange selbstverständlich.

Die Richtlinie wurde mit Beschluss des GBA vom 08.04.2014 aktualisiert.<sup>14</sup> So wurden nun als zusätzliche Instrumente die Verpflichtung zur Durchführung eines einrichtungsinternen Risiko- und Hygienemanagements aufgenommen. Zudem wurden Mindeststandards für das Risikomanagement (→ Kapitel 6.1.1) und das Fehlermeldesystem (→ Kapitel 6.1.2) festgelegt.

Als Instrumente eines einrichtungsinternen QM unter Anwendung der Phasen des Qualitätskreislaufes / „PDCA“-Zyklus sollen genutzt werden:

- für den Bereich Arbeitsprozesse / Praxisorganisation
  - Checklisten für organisatorische Arbeitsabläufe,
  - Praxishandbuch,
  - Risiko- und Fehlermanagement (*Risikomanagement ab 2014*); dazu gehören das Erkennen und Nutzen von potentiellen Risiken und unerwünschten Ereignissen zur Einleitung von Verbesserungsprozessen in der Praxis.
  - Notfallmanagement,
  - Hygienemanagement (*ab 2014*)

<sup>14</sup> Die am 17.12.2015 durch das Plenum des GBA verabschiedete neue sektorenübergreifende QM-Richtlinie wurde dem BMG gemäß § 94 SGB V vorgelegt. Die nach Stellungnahme des BMG mit Beschluss des GBA vom 15.09.2016 überarbeitete Richtlinie wurde vom BMG am 16.11.2016 genehmigt.

Nähere Erläuterungen zu der neuen QM-Richtlinie erfolgen mit dem Bericht für das Jahr 2017.

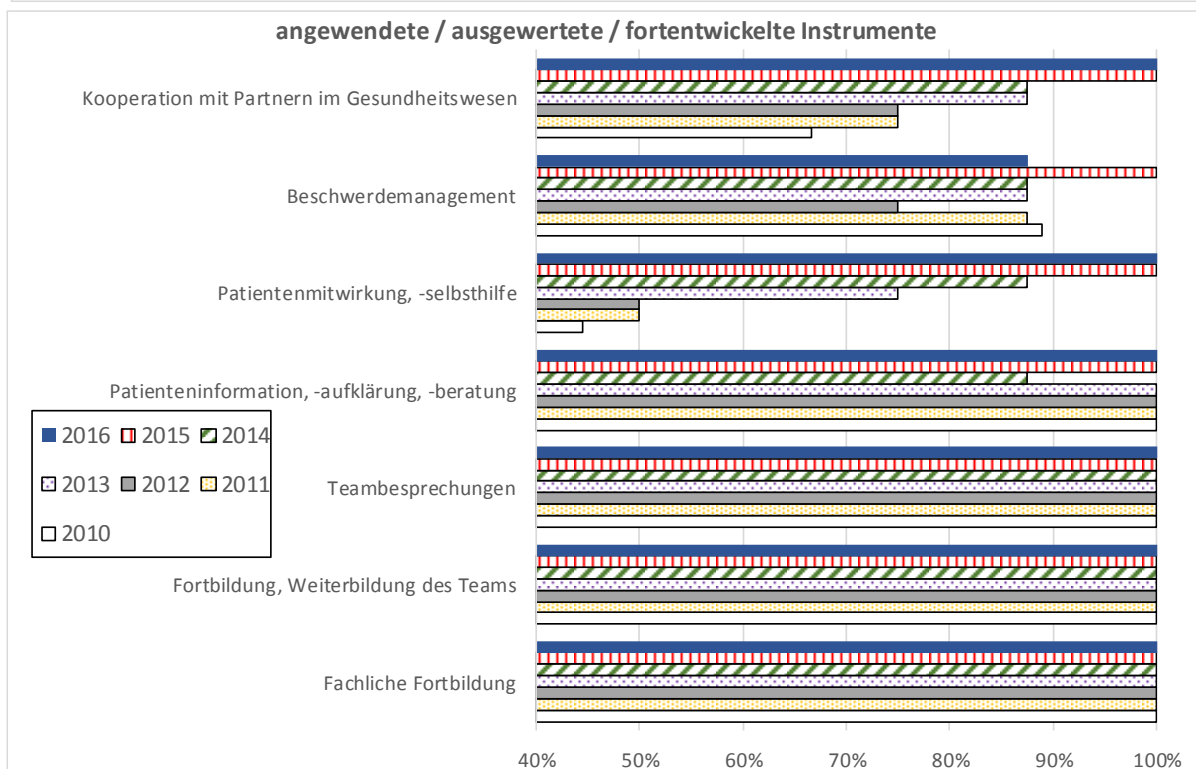
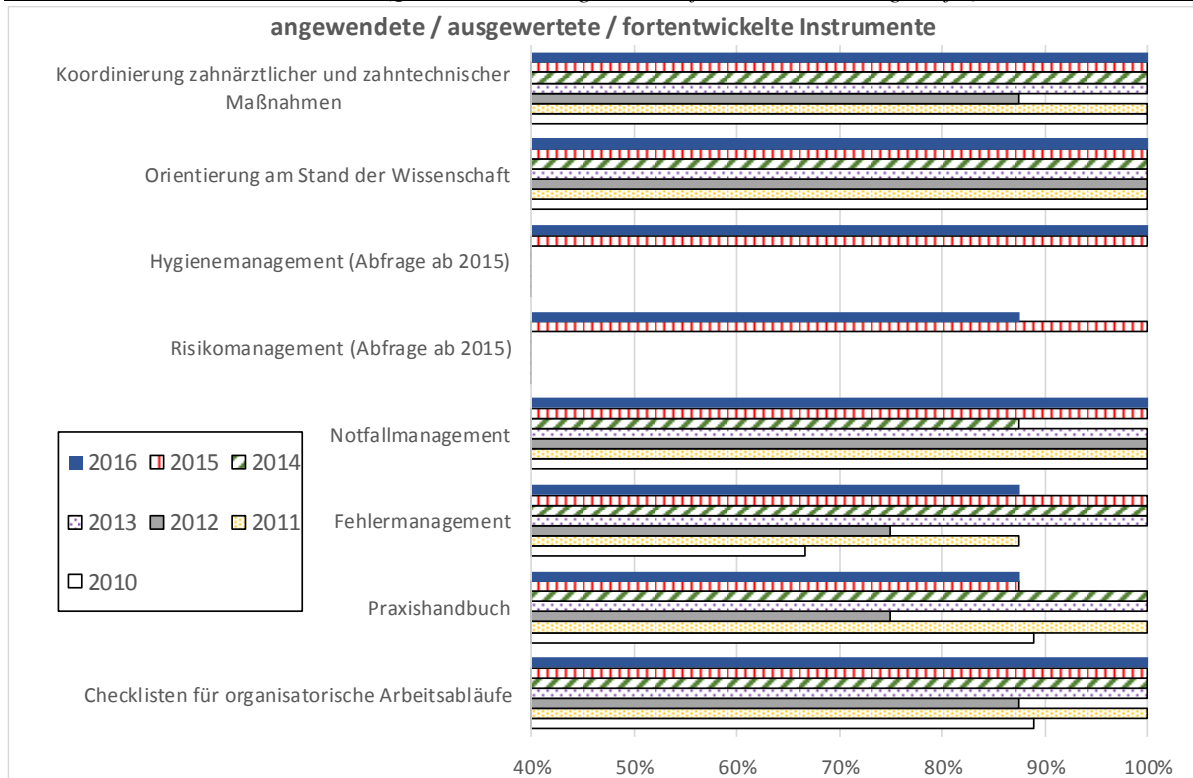
- für den Bereich Diagnose- und Behandlungsprozesse
  - Orientierung am Stand der Wissenschaft gemäß § 2 Abs. 1 SGB V,
  - Koordinierung zwischen zahnärztlichen und zahntechnischen Maßnahmen,
  - fachliche Fortbildung nach § 95d SGB V,
- für den Bereich Mitarbeiterorientierung
  - Fortbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen,
  - Teambesprechungen,
- für den Bereich Patientenorientierung
  - Patienteninformation, -aufklärung, -beratung,
  - Förderung Patientenmitwirkung, -selbsthilfe,
  - Öffnungszeiten, Erreichbarkeit, Terminvergabe,
  - Beschwerdemanagement,
- Kooperation mit Partnern im Gesundheitswesen.

Grundsätzlich müssen die Zielsetzungen und Instrumente des QM regelmäßig auf ihre Effektivität hin überprüft und ggf. weiterentwickelt werden. Eine ständige Prozessreflektion ist unentbehrlich, um den Anforderungen des „PDCA“-Zyklus gerecht zu werden. Die Zahnärzteschaft stellt sich damit der Herausforderung, das eigene Wissen zu erweitern und in die Versorgung einzubringen.

Die KZV Bremen hat umgehend nach dem erstmaligen Beschluss der Richtlinie mit den Planungen für Schulungsmaßnahmen zur praktischen Umsetzung begonnen. Bis September 2009 wurden in Kooperation mit der Firma Kock & Voeste in insgesamt 29 Kursen in Bremen und Bremerhaven knapp 300 Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte geschult. An den im Frühjahr 2011 wieder in Kooperation mit Kock & Voeste angebotenen QM-Ergänzungsschulungen nahmen nochmals rund 40 Mitglieder der KZV Bremen teil. Sofern nachfolgend z.B. für Neu-Niedergelassene QM-Schulungsbedarf bestand bzw. besteht, bietet die Zahnärztekammer entsprechende Basis-Kurse an (→ Kapitel 4).

Gemäß § 6 der QM-Richtlinie „fordern (die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen) nach Ablauf von 4 Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie jährlich mindestens 2,0 % zufällig ausgewählter Vertragszahnärzte zur Vorlage einer schriftlichen Dokumentation auf. Die Ergebnisse sind der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) zu melden, die spätestens 5 Jahre nach Inkrafttreten dieser Richtlinie dem Gemeinsamen Bundesausschuss jährlich über den Umsetzungsstand des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in den zahnärztlichen Praxen berichtet“. Die jeweils 2 % „gezogenen“ Mitglieder erhalten einen von der KZBV entwickelten, bundeseinheitlichen Berichtsbogen.

Die bisherigen Abfragen der KZV Bremen, deren Ergebnisse jährlich der KZBV übermittelt wurden, ergaben, dass die überwiegende Mehrheit der Befragten die QM-Instrumente anwendet (die Umsetzung der neuen Instrumente Risiko- und Hygiene-Management wurde erstmals 2015 abgefragt):



### 6.1.1 Risikomanagement

Mit der seit dem 08.04.2014 geltenden Neufassung der QM-Richtlinie sind gemäß § 4 Abs. 2a folgende Mindestanforderungen für das praxisinterne Risikomanagement in Kraft getreten:

- Risikoprofil erstellen (Risiken auf der Grundlage von sektorspezifischen Quellen identifizieren und analysieren),
- potentielle Risiken bewerten,

- Risikostrategie festlegen, die alle Beteiligten – auch den Patienten – einbezieht, indem Empfehlungen zur Erkennung/Überwachung, Bewältigung eines potentiellen Risikos formuliert, kommuniziert und
- Verantwortlichkeiten festgelegt.

Die Gesamtverantwortung für die Durchführung des Risikomanagements trägt der Praxisinhaber.

### 6.1.2 Fehlermeldesysteme

In der QM-Richtlinie für die vertragszahnärztliche Versorgung sind in § 4 Abs. 2b die Mindestanforderungen für Fehlermeldesysteme beschrieben.

Ein praxisinternes Fehlermeldesystem muss seit dem 08.04.2014 die folgenden Mindestanforderungen erfüllen:

- einfaches, klar strukturiertes System
- anonyme und sanktionsfreie Berichtsmöglichkeit für alle Praxismitarbeiter
- freiwillige Teilnahme (keine Berichtsverpflichtung)
- Wahrung der Vertraulichkeit und des Datenschutzes
- Auswertung des Ereignisses durch Verantwortlichen
- vertraulicher Umgang mit dem Ergebnis
- zeitnahes Feedback, falls gewünscht
- Möglichkeit des externen Austausches
- Berücksichtigung des Ergebnisses im Rahmen des Risikomanagements
- Dokumentation

### 6.1.3 CIRSDent<sup>15</sup>

Basierend auf „Jeder Zahn zählt“ (JZZ) wurde „CIRS dent“ (Critical Incident Reporting System) von Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) als einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystem für zahnärztliche Praxen entwickelt und ging nach intensiver Erprobung im Januar 2016 in den Echt-Betrieb.

„CIRS dent“ leistet einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Patientensicherheit. Zahnärztinnen und Zahnärzte sollen über dieses Online-System aus eigenen Erfahrungen mit unerwünschten Ereignissen im Praxisalltag und aus Erfahrungen von Kollegen lernen. Nicht nur die betroffene Zahnarztpraxis soll dabei aus diesen Ereignissen lernen, sondern auch andere Praxen – damit diese im Idealfall von vornherein vermieden werden können.

Innerhalb des „CIRS dent“-Internetportals können Zahnärztinnen und Zahnärzte anonym, sanktionsfrei und sicher sowie ohne Rückschlüsse auf die jeweilige Praxis von unerwünschten Ereignissen im Zusammenhang mit zahnärztlichen Behandlungen berichten. Die Berichte von Kollegen können kommentiert und mit anderen Nutzern des Berichtssystems direkt und unkompliziert austauscht werden.

Für die Registrierung zu dem gemeinsamen Berichts- und Lernsystem erhält jede vertragszahnärztliche Praxis, genauso wie die übrigen an der zahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen (Privatzahnärztliche Praxen, Universitätskliniken, Bundeswehr-Einrichtungen) ohne Aufforderung einen individuellen anonymisierten Zugangsschlüssel sowie Informationsmaterialien für die Nutzung des Systems.

Ein Fachberatungsgremium von KZBV und BZÄK stellt nach Eingang eines entsprechenden Berichts dessen Anonymisierung sicher und ergänzt diesen um Hinweise und Lösungsvor-

---

<sup>15</sup> Quelle: [www.cirsdent-jzz.de](http://www.cirsdent-jzz.de).

schläge, wie das geschilderte Ereignis künftig vermieden werden kann. Anschließend wird der Bericht in dem nur für die Nutzer des CIRS-Systems zugänglichen Bereich veröffentlicht. Die „CIRS dent“-Website

[www.cirsdent-jzz.de](http://www.cirsdent-jzz.de)

hat zudem eine Datenbank-Funktion.

Das zahnärztliche Berichts- und Lernsystem „CIRS dent“ erfüllt die Standards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme, die in der Richtlinie des GBA über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement festgelegt sind. Als stimmberechtigte Trägerinstitution wird die KZBV das Thema im Interesse der Vertragszahnärzteschaft in den entsprechenden Gremien des GBA weiter mit gestalten.

Aktuell sind rund 4.600 Teilnehmer in dem System registriert. Das System wurde insgesamt ca. 87.000 mal aufgerufen.<sup>16</sup>

## 6.2 Qualitätssicherungs-Richtlinie

Nach mehrjährigen Verhandlungen verabschiedete der GBA am 19.04. bzw. 20.05.2010 die Richtlinie zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (QS) gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13, § 135a Abs. 2 Ziffer 1 in Verbindung mit § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

Die QS-Richtlinie sieht stark vereinfacht dargestellt ein Themen-bezogenes „Praxis-Benchmarking“ auf Grundlage von Abrechnungsdaten vor (einschließlich der Daten für Privat-Leistungen). Jede Praxis erhält dann einen Bericht, in dem ihr mitgeteilt wird, wie sie bei dem Benchmarking abgeschnitten hat.

Die Regelung des organisatorischen Ablaufes sowie die Prüfung der Benchmarking-Ergebnisse erfolgt durch eine sog. „Landesarbeitsgemeinschaft“ (LAG). Träger und damit auch stimmberechtigte Mitglieder der LAG sind (paritätisch) die Verbände der Krankenkassen, die Landeskrankenhausgesellschaft, die KV und die KZV. Stellt die LAG Auffälligkeiten in den erhobenen Daten fest, dann fordert sie die betroffene Praxis zur Stellungnahme auf.

Die QS-Richtlinie gilt für „sektorübergreifende“ Behandlungen (z.B. Arzt/Krankenhaus). Damit ist die Zahnheilkunde als vorrangig sektorspezifischer Bereich nicht direkt betroffen.

Die Aufgaben der LAG bzw. der ihr untergeordneten Stellen sind gemäß der Richtlinie u.a. folgende:

- fachliche Auswertung der erhobenen Daten.
- Bewertung der Auffälligkeiten, Feststellung der Notwendigkeit und Einleitung qualitätsverbessernder Maßnahmen.
- Erstellung und Übermittlung von Qualitätssicherungsergebnisberichten.
- Information und Beratung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.
- laienverständliche Information der Öffentlichkeit über die Ergebnisse der Maßnahmen der Qualitätssicherung in ihrem Zuständigkeitsbereich sowie deren barrierefreie Darstellung im Internet nach Maßgabe der von der Institution nach § 137a SGB V aufgestellten einheitlichen Grundsätze.

Die Qualitätssicherungs-Richtlinie sieht für die Organisation, die Besetzung sowie die Finanzierung der LAG folgende bindende Regelungen vor:

- „Die LAG trifft ihre Entscheidungen durch ein Lenkungsgremium. Die Organisationen sind im Lenkungsgremium stimmberechtigt.“

---

<sup>16</sup> Quelle: Bericht des Vorstandes der KZBV für die Vertreterversammlung der KZBV am 16./17.11.2016 in Berlin.

- „Das Lenkungsgremium ist paritätisch besetzt mit Vertreterinnen und Vertretern der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen einerseits und Vertreterinnen und Vertretern der (...) Organisationen der Leistungserbringerinnen und der Leistungserbringer (KV, KZV Landeskrankenhausgesellschaft/LKG) andererseits.“
- „Der Verband der Privaten Krankenversicherung, die jeweiligen Landesärztekammern, sowie die Organisationen der Pflegeberufe auf Landesebene werden von der LAG beteiligt. Zusätzlich erfolgt eine Beteiligung der Landes Zahnärztekammern und/oder der Landespsychotherapeutenkammern, soweit deren Belange in der Qualitätssicherung thematisch berührt sind.“
- „Die Finanzierung der LAG für die Durchführung der landesbezogenen Verfahren wird in einem Vertrag der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen mit der KV, KZV und LKG geregelt.“

Die LAG-Mitglieder im Lande Bremen

- Kassenärztliche Vereinigung Bremen,
  - Kassenzahnärztliche Vereinigung Bremen,
  - Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e. V.,
  - AOK Bremen/Bremerhaven,
  - BKK Landesverband Mitte, zugleich für die Knappschaft – Regionaldirektion Hamburg,
  - der IKK gesund plus, handelnd als Landesverband für das Land Bremen, zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd als Landesverband für die Landwirtschaftliche Krankenversicherung im Land Bremen,
  - und die Ersatzkassen
    - BARMER GEK
    - Techniker Krankenkasse (TK)
    - DAK-Gesundheit (Ersatzkasse)
    - KKH – Kaufmännische Krankenkasse
    - HEK - Hanseatische Krankenkasse
    - hkk
- gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Bremen

haben am 23.03.2011 die Verhandlungen über einen „Vertrag zur Umsetzung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Bundesland Bremen“ aufgenommen.

Wesentlicher Inhalt dieses Vertrages ist die Organisation und Finanzierung der Vorgaben zur Qualitätssicherung. In den Verhandlungen sind derzeit im Wesentlichen noch der Sitz der Geschäftsstelle sowie die Finanzierung strittig.

Die KZV Bremen nimmt in diesen Verhandlungen eine vorrangig beobachtende Position ein, da der GBA bisher noch keine themenspezifischen Bestimmungen zu vertragszahnärztlichen Leistungen beschlossen hat. Dies liegt insbesondere darin begründet, dass im vertragszahnärztlichen Bereich Leistungen nur im seltenen Ausnahmefall sektorübergreifend erbracht werden. Eine Kombination von ambulanten und stationären Behandlungen ergibt sich i.d.R. ausschließlich im MKG-Bereich, z.B. bei der Behandlung und Nachsorge von Tumorerkrankungen im Mundraum.

### 6.3 Qualitätsprüfung (QP) und Qualitätsbeurteilung (QB)

Gemäß § 135b SGB V haben die KZVen „Maßnahmen zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen. Die Ziele und Ergebnisse.....sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen“. Hierzu prü-

fen die KZVen „die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben..... Der Gemeinsame Bundesausschuss entwickelt in Richtlinien... Kriterien zur Qualitätsbeurteilung ...sowie... Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfungen...“.

Die Rahmen-Richtlinie sowie die spezifischen QP- und QB-Richtlinien befinden sich derzeit in der Beratung im GBA.

In der Rahmen-Richtlinie ist u.a. festzulegen die Anzahl der zu prüfenden Praxen und Fälle sowie die Zusammensetzung des zuständigen Prüfungsgremiums. In den QP-/QB-Richtlinien sind dann die Prüfungs-Themen und –Kriterien zu spezifizieren.

In § 137 Abs. (1) SGB V sind bereits konkrete Sanktionen bei Nicht-Erreichung der in den – noch zu beschließenden – Richtlinien festgelegten Qualitätsanforderungen vorgesehen:

1. Vergütungsabschläge,
2. Wegfall des Vergütungsanspruchs für Leistungen, bei denen Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nicht erfüllt sind,
3. Information Dritter über die Verstöße,
4. einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen.

Nach der derzeitigen Zeitplanung des GBA ist von folgender Abfolge auszugehen:

01.07.2017: Inkrafttreten der Rahmen-Richtlinie

01.09.2017: Inkrafttreten der QP-Richtlinie

01.01.2018: Inkrafttreten der QB-Richtlinie

30.06.2018: erstmalige Stichproben-Ziehung durch die KZV

QP und QB umfassen folgende Merkmale:

- Qualitätsprüfung im Einzelfall
- Auswahl von einzelnen Praxen (Stichprobe)
- Überprüfung der Dokumentationen von ausgewählten Fällen
- Überprüfung des Einzelfalls mit abstrakten Vorgaben
- Bewertung durch KZV
- ggf. Beratung / Maßnahmen
- Verantwortung bei der KZV
- sektorbezogen.

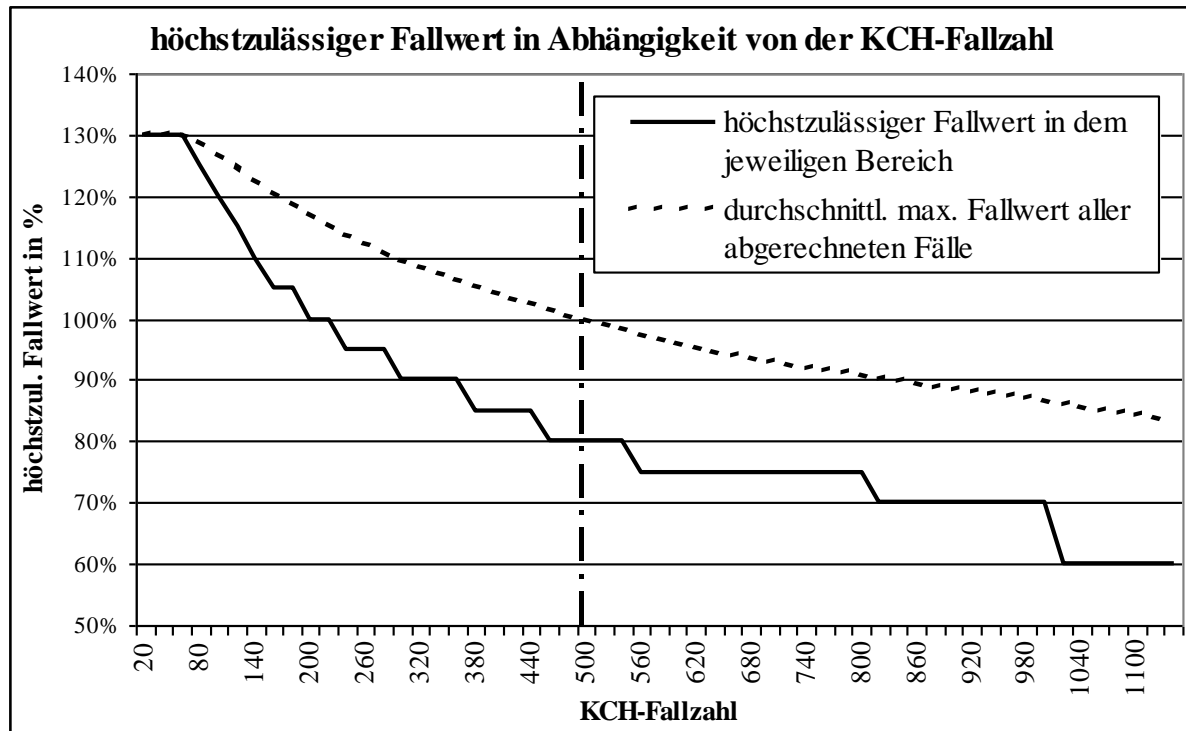
Die Vorbereitung und Organisation der Prüfungen und Beurteilungen erfolgt durch eine bei der KZV angesiedelte Geschäftsstelle, die praktische Durchführung durch ein bzw. mehrere Prüfungsgremien.

Anders als in der ähnlich strukturierten – paritätischen – Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V sind die Kosten der Durchführung der Qualitäts-Prüfungen und -Beurteilungen alleine von den KZVen zu tragen. Eine paritätische Finanzierung ist nicht vorgesehen. Im Gegenzug ist jedoch auch keine Rückzahlung z.B. von Vergütungsabschlägen an die Krankenkassen vorgegeben.



## 7. Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

Seit 2003 gilt im Bereich der KZV Bremen ein Fallzahl-/Fallwert-bezogener HVM. Danach ergibt sich das jeweilige individuelle „HVM-Praxisbudget“ pro Quartal aus der Multiplikation der für ein Quartal je Vertragszahnarzt aktuell abgerechneten KCH-Fallzahl mit dem jeweiligen höchstzulässigen Fallwert. Dieser Fallwert ist umso niedriger, je höher die abgerechnete KCH-Fallzahl je Vertragszahnarzt pro Quartal ist. D.h. Praxen mit geringen KCH-Fallzahlen erhalten je Fall eine höhere Vergütungsobergrenze als Praxen mit hohen Fallzahlen:



Für die ersten 220 Fälle gilt ein höchstzulässiger Fallwert von mehr als 100 %. Ab dem 221. Fall sinkt der höchstzulässige Fallwert auf unter 100 % ab. Aus diesen Abstufungen ergibt sich bei einer KCH-Fallzahl von 500 ein durchschnittlicher höchstzulässiger Fallwert über alle abgerechneten Fälle von 100 % des festgelegten höchstzulässigen Fallwertes je Leistungsart (siehe auch vorstehende Grafik). Ist die abgerechnete KCH-Fallzahl größer als 500, sinkt der durchschnittliche höchstzulässige Fallwert über alle abgerechneten Fälle unter 100 % ab.

Höhere höchstzulässige Fallwerte für die ersten Behandlungsfälle des Quartals gewährleisten die flächendeckende Versorgung der gesetzlich krankenversicherten Patienten mit vertragszahnärztlichen Leistungen, weil sie auch kleineren vertragszahnärztlichen Praxen die kosten deckende Versorgung der Patienten gestattet.

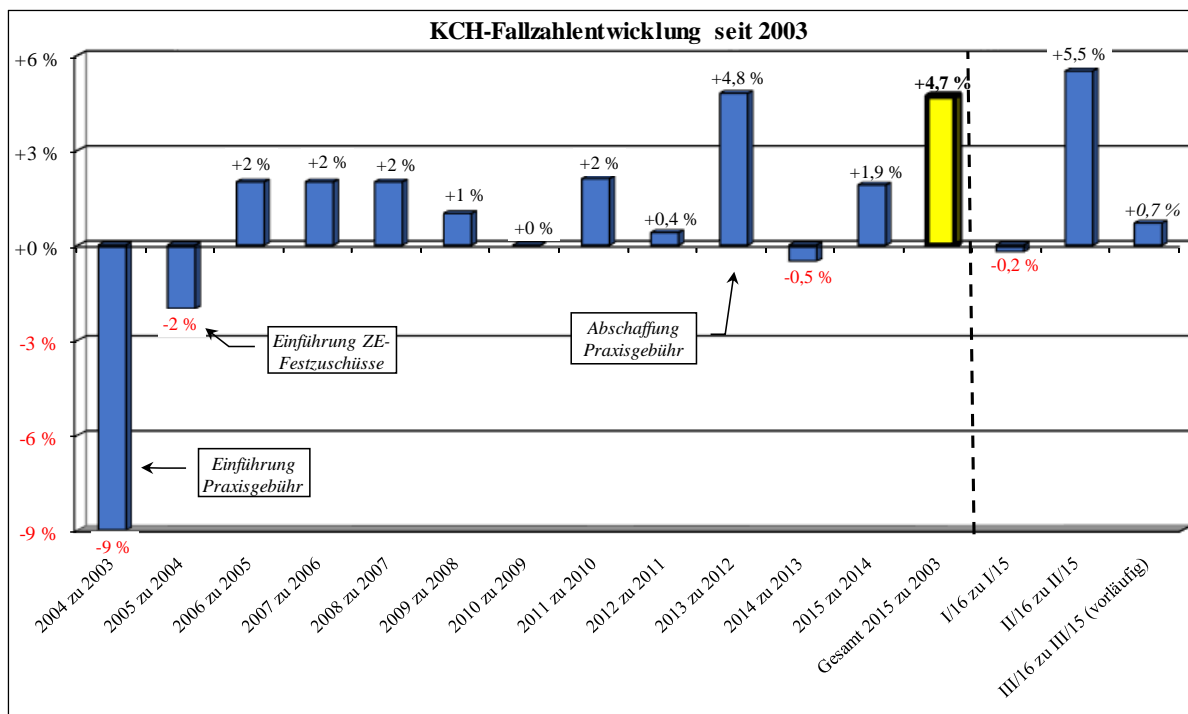
Seit Einführung der Fallzahl-/Fallwert-bezogenen HVM-Systematik wird zusätzlich der Anteil von „Fall-Überschneidungen“ in Praxisgemeinschaften geprüft.<sup>17</sup> Damit soll vermieden werden, dass Praxisgemeinschaften durch eine „künstliche“ Erhöhung ihrer Fallzahl ihr HVM-Praxisbudget zu Lasten aller anderen Mitglieder der KZV Bremen vergrößern. Gemäß des HVM ist ein Überschneidungsanteil von 15 % der Gesamtfallzahl zulässig. Ausgegangen wurde hierbei von einer insgesamt pro Jahr ca. 6wöchigen gegenseitigen Vertretung im Urlaubs- oder Krankheitsfall. Wird der Grenzwert von 15 % überschritten, dann bleiben die darüber liegenden Fallzahlen für die Berechnung der Höhe des HVM-Praxisbudgets unberücksichtigt.

<sup>17</sup> Seit 2011 sind „Fall-Überschneidungen“ in Praxisgemeinschaften ein Prüfkriterium in der Plausibilitätsprüfung gemäß § 106a SGB V.

Nach mittlerweile weit über 10 Jahren ohne grundsätzliche Änderungen hat der HVM der KZV Bremen eine Kontinuität gewonnen, die den Praxen die Möglichkeit gegeben hat, ihre Behandlungsausrichtungen an die o.g. Vorgaben aus dem HVM anzupassen.

Die Kritik der Zahnärzteschaft an den ebenso leistungs- wie qualitäts-feindlichen Eingriffen des Gesetzgebers in die zahnärztliche Vergütung gilt dennoch weiterhin. Unabhängig von der „Lockerung“ der gesamtvertraglichen Vergütungsbegrenzungen durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (→ Kapitel 2.) hat gemäß § 85 Abs. 4 SGB V „der Verteilungsmaßstab (...) sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragszahnarztes entsprechend seinem Versorgungsauftrag nach § 95 Absatz 3 Satz 1 vorzusehen.“

Außer durch gesetzliche Eingriffe (z.B. Praxisgebühr in 2004, ZE-Festzuschüsse in 2005) ist es nicht zu wesentlichen, nachhaltigen Veränderungen in den Fallzahlen gekommen. So stieg zuletzt mit Abschaffung der Praxisgebühr zum 01.01.2013 die KCH-Fallzahl in 2013 um knapp 5 % an, um im Folgejahr wieder leicht zurückzugehen. Seit 2015 normalisierte sich die Fallzahlentwicklung wieder mit einem Fallzahlzuwachs zwischen 1 % bis 2 %. In 2016 kam es vom ersten auf das zweite Quartal zu einer einmaligen Verwerfung aufgrund der Lage der Osterferien. Für das erste Halbjahr 2016 insgesamt lag die Fallzahlentwicklung bei 2,8 %, für das Dreiviertel-Jahr bei 2,1 %:<sup>18</sup>



Ein Anstieg der Zahl der KCH-Behandlungsfälle ist durch den Gesetzgeber grundsätzlich gewollt, indem z.B. die Höhe Bonusgewährung bei den ZE-Festzuschüssen von einer regelmäßigen Teilnahme der Versicherten an Vorsorgeterminen abhängig ist.

Zudem führt die in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich verbesserte zahnärztliche Versorgung dazu, dass zunehmend Menschen auch noch in hohem Alter über einen Großteil ihrer natürlichen Zähne verfügen und deshalb länger und häufiger zahnärztliche Untersuchungen in Anspruch nehmen, als dies z.B. bei einer frühzeitigen Versorgung mit einer Total-Prothese der Fall wäre (→ Kapitel 2.3).

<sup>18</sup> Endgültige Werte für das Jahr 2016 liegen erst nach Abschluss des Quartals IV/2016 Anfang April 2017 vor.

## 8. ergänzende Maßnahmen

### 8.1 interne Maßnahmen der KZV Bremen

Ausgehend von den regelmäßigen statistischen HVM-Auswertungen wurden bereits vor einigen Jahren verschiedene „Hitlisten“ entwickelt, mit denen zielgerichtet ungewöhnliche Entwicklungen festgestellt werden können.

Bereits vor der Einführung des Fallzahl-bezogenen HVM wurden u.a. PAR- und KBR-„Hitlisten“ erstellt. Grund hierfür war der kontinuierlich stark ansteigende Anteil der PAR- und KBR-Umsätze an der Gesamtvergütung. Mit diesen Listen wurde ausgewertet, welche Praxen einen überdurchschnittlich hohen Anteil ihres KZV-Umsatzes durch PAR- und/oder KBR-Leistungen erzielten. Dabei wurde nicht die absolute Höhe der PAR-/KBR-Umsätze betrachtet, sondern praxisindividuell der Anteil am Gesamt-Praxisumsatz sowie die Relation der PAR- bzw. KBR-Fallzahl zur KCH-Fallzahl. Die Intention dieser Hitlisten war nicht eine Kontrolle dieser Praxen, sondern eine kollegiale Erörterung der Hintergründe der Leistungserbringung.

In den meisten Erörterungen legten die Praxisinhaber zum Teil Einzelfall-bezogen, zum Teil grundsätzlich die medizinische Indikation ihrer PAR- bzw. KBR-Fälle dar. Im Gegenzug bot dieser Austausch dem Vorstand die Möglichkeit, auf geänderte Abrechnungsrahmenbedingungen hinzuweisen oder in grundsätzliche Erörterungen über die vertragszahnärztliche Parodontal-Behandlung bzw. Schienungs-Therapien einzutreten.

Insbesondere hinsichtlich der PAR-Behandlungen steht die KZV in einem Spannungsfeld. Einerseits ist der stark gestiegene Bedarf an PAR-Behandlungen zahnmedizinisch völlig unumstritten und durch die DMS V aktuell nochmals empirisch belegt (→ Kapitel 2.3). Andererseits ist die KZV mit § 85 Abs. 4 SGB V auch künftig verpflichtet, mittels des Honorarverteilungsmaßstabes „eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragszahnarztes“ zu verhindern (→ Kapitel 7). Einmal mehr wird hier durch gesetzliche Vorgaben monetären Aspekten ein Vorrang gegenüber dem zahnmedizinischen Behandlungsbedarf der Patienten eingeräumt.

Parallel mit der Einführung des Fallzahl-bezogenen HVM wurden in 2003 die sogenannten „HVM-Hitlisten“ eingeführt, die seitdem quartalsweise erstellt werden. Ziel dieser Maßnahme ist die praxisindividuelle Beobachtung der Fallzahl-Entwicklung – jeweils im Vergleich zum Vorjahreszeitraum – zur Feststellung nicht nachvollziehbarer Fallzahlsteigerungen, die ggf. mit einer Verminderung der Qualität der erbrachten Leistungen einhergehen könnten.

Eine der wesentlichen Erkenntnisse aus diesen „HVM-Hitlisten“ ist, dass zumindest länger bestehende Praxen ihre Fallzahl nicht dauerhaft wesentlich steigern können. Zwar war in Einzelfällen z.B. durch den erstmaligen Einsatz eines Recall-Systems ein kurzfristiger Anstieg der Fallzahl zu beobachten. Zumeist nutzten sich derartige Instrumente zur Fallzahlsteigerung aber schnell ab, so dass in der Regel spätestens zwei Quartale später ein Rückgang der Fallzahl auf das vorherige Niveau zu beobachten war.

Kam es aber ohne ersichtlichen Hintergrund zu einer ebenso erheblichen wie dauerhaften Fallzahl-Steigerung, so erfolgte eine detaillierte Einzelfall-Prüfung. In einem Fall ergab diese Einzelfall-Prüfung, dass die Fallzahl-Steigerung auf nicht zulässige Maßnahmen der Praxis zurückzuführen war. Im Rahmen der internen Qualitätssicherung kam somit ein Fall von Falschabrechnung zu Tage, der für die betroffene Praxis schwerwiegende Konsequenzen hatte.

Seit 2010 erfolgt die quartalsweise Prüfung der Entwicklung der KCH-Fallzahl je Praxis im Rahmen der Plausibilitätsprüfung nach § 106a SGB V.

Für neu niedergelassene KZV-Mitglieder finden gemeinsam von Kammer und KZV veranstaltete Begrüßungsgespräche statt – zuletzt am 17.09.2015. In diesen Gesprächen wird den Neu-Niedergelassenen insbesondere vermittelt, welchen Rahmenbedingungen und Pflichten sie im Rahmen ihrer Tätigkeit unterliegen. Diese Gespräche sind grundsätzlich mit den bis

Mitte der 90er Jahre verpflichtend stattfindenden „Einführungs-Lehrgängen“ für Niederlassungswillige vergleichbar.

Der Bedarf für klassische Informationsveranstaltungen für Neu-Niedergelassene ist jedoch stark rückläufig, da die Zahl der Anträge auf Genehmigung zur Beschäftigung angestellter Zahnärzte mittlerweile weit höher ist als die Zahl der Anträge auf Zulassung.

Die KZV Bremen wird neue Informations-Angebote für diese stetig wachsende Gruppe von Mitgliedern entwickeln.

## 8.2 Plausibilitätsprüfung nach § 106a SGB V

Am 01.07.2008 trat die Bundes-Richtlinie zu Plausibilitätsprüfung gemäß § 106a SGB V (ab 01.01.2017: § 106d SGB V) in Kraft. Wesentliche Prüf-Inhalte der Vereinbarung über die Plausibilitätsprüfung sind gemäß der Bundesrichtlinie:

- ungewöhnliche Fallzahlsteigerungen;
- ungewöhnlich häufige gegenseitige Überweisungstätigkeit;
- ungewöhnlich häufiges Abrechnen über das Ersatzverfahren;
- erhöhte Fallidentität bei KZV-bezirksübergreifenden Zweigpraxen im Sinne des § 24 Abs. 3 Satz 3 Zulassungsverordnung-Zahnärzte;
- ungewöhnlich häufiges und wiederholtes Auftreten von Auffälligkeiten im Rahmen der sachlich-rechnerischen Prüfung.

Der Abschluss der regionalen „Vereinbarung über die Durchführung der sachlich/rechnerischen Prüfung der Abrechnung und der Plausibilitätsprüfung nach § 106a SGB V“ zwischen der KZV Bremen und den Krankenkassen im Lande Bremen erfolgte am 20.06.2011. Die Vereinbarung trat mit Wirkung ab 01.07.2011 in Kraft und fand erstmals Anwendung für die Abrechnungen aus dem Quartal III/2011.

Die seitdem durchgeführten Plausibilitätsprüfungen führten zusammengefasst zu folgenden Ergebnissen, die jeweils vereinbarungsgemäß in anonymisierter Form den Verbänden der Krankenkassen quartalsweise zur Verfügung gestellt werden:

- Ungewöhnliche Fallzahlsteigerungen treten i.d.R. nur in Praxen mit stark unterdurchschnittlichen Fallzahlen bzw. in Neugründer-Praxen auf. In den übrigen Fällen standen Fallzahlsteigerungen in direktem Zusammenhang z.B. mit der erstmaligen Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes oder mit der Verlegung des Praxissitzes.
- Insbesondere im vierten Quartal 2011 und im ersten Quartal 2012 wiesen einige Praxen einen ungewöhnlich hohen Anteil von Fällen auf, die im Ersatzverfahren abgerechnet wurde. Dies war darauf zurück zu führen, dass an den neuen eGK-Lesegeräten technische Probleme auftraten.
- Erneut ab Anfang 2015 und auch noch in 2016 wiesen einzelne Praxen einen überdurchschnittlich hohen Anteil von Fällen auf, die im Ersatzverfahren abgerechnet wurde. Dies war darauf zurück zu führen, dass diese Praxen in direkter Nähe von Flüchtlingseinrichtungen liegen und zahlreiche Bewohner dieser Einrichtungen noch nicht über eine eGK der AOK Bremen/Bremerhaven nach dem sog. „Bremer Modell“, sondern nur über einen Anspruchsberechtigungs-nachweis in Papierform verfügen.

In einem Fall wurde im Rahmen der Plausibilitätsprüfung ein fortgesetzter Verstoß gegen Abrechnungsbestimmungen festgestellt. Da es sich hierbei nicht um einen Vorgang handelte, der unter die Regelungen nach § 106a SGB V bzw. die Vereinbarung zur Plausibilitätsprüfung fällt, stellte der Vorstand einen Antrag auf Einleitung eines Disziplinarverfahrens. Der Disziplinarausschuss verfügte ein Ruhen der Zulassung für zwei Quartale. Die Klage des Beschuldigten gegen diesen Beschluss vor dem Sozialgericht blieb ohne Erfolg.

Nachdem der Beschuldigte seine Tätigkeit wieder aufgenommen hatte, wurden in seiner ersten Quartalsabrechnung erneut Unplausibilitäten festgestellt. Die nähere Prüfung ergab, dass von dieser Einzelpraxis lt. der zur Abrechnung eingereichten Behandlungsdaten an mehreren Tagen angeblich jeweils über 60 KCH-Behandlungsfälle pro Tag erbracht worden waren. Das nachfolgende, durch den Vorstand beantragte Disziplinarverfahren ergab die Anordnung auf Ruhen der Zulassung für drei Quartale. Der Beschuldigte hat gegen die Entscheidung des Disziplinarausschusses Klage erhoben, die Klage hat aufschiebende Wirkung. Wann ein rechtskräftiger Abschluss des Verfahrens erfolgt, ist derzeit nicht absehbar.

In einem weiteren Fall ergab die Plausibilitätsprüfung Auffälligkeiten, die sich im Zuge der weiteren Detail-Prüfung durch die KZV Bremen noch verstärkten. Da allein aus den Abrechnungsdaten, die der KZV Bremen vorliegen, keine abschließende Beweisführung hinsichtlich unzulässiger Abrechnungen möglich war, wurde der Vorgang gemeinsam mit der GKV-Prüfgruppe der Krankenkassen zur Anzeige bei der Staatsanwaltschaft gebracht.

Die vorstehend genannten Prüf-Kriterien in der Plausibilitätsprüfung kamen in der KZV Bremen überwiegend bereits vor Inkrafttreten der Richtlinie intern zur Anwendung. So erfolgte bereits seit Einführung des Fallzahl-/Fallwert-bezogenen HVM 2003 eine regelmäßige Prüfung auf Fall-Überschneidungen in Praxisgemeinschaften (= „ungewöhnlich häufige gegenseitige Überweisungstätigkeit“), um dadurch unzulässige Fallzahl-Steigerungen zu verhindern. Seit jeher wurden Praxen, für die von Krankenkassen immer wieder gleiche oder ähnliche sachlich-rechnerische Berichtigungsanträge gestellt wurden (= „ungewöhnlich häufiges und wiederholtes Auftreten von Auffälligkeiten im Rahmen der sachlich-rechnerischen Prüfung“), zur Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Abrechnungsbestimmungen angehalten.

Somit wurden von der zahnärztlichen Selbstverwaltung der KZV Bremen bereits vielfältige „Plausibilitätsprüfungen“ intern betrieben, bevor der Gesetzgeber dies mit § 106a SGB V überhaupt vorgegeben hatte.

### 8.3 Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V

Mit Wirkung zum 01.01.2010 trat im Lande Bremen eine neue Prüfvereinbarung in Kraft. Mit dieser Vereinbarung wurde die bis dato geltende „Durchschnittsprüfung“ gemäß § 106 Abs. 3 SGB V grundsätzlich durch eine „Zufälligkeitprüfung“ gemäß der Bundes-Richtlinie nach § 106 Abs. 2b SGB V abgelöst.<sup>19</sup>

Wesentlicher Inhalt dieser Prüfvereinbarung ist die quartalsweise Erhebung einer zufälligen Stichprobe im Umfang von 2 % der abrechnenden Vertragszahnärzte im Lande Bremen. Für diese Zahnärzte wird aus einem Zeitraum von vier Quartalen – beginnend mit dem Erhebungs-Quartal – eine Prüfung von 20 % der KCH-Behandlungsfälle vorgenommen. Die sog. „repräsentative Einzelfallprüfung“ erfolgt über den Betrachtungszeitraum versichertenbezogen, d.h. unter Berücksichtigung der Patientenhistorie.

Während in der vorhergehenden statistischen Durchschnittsprüfung lediglich isoliert der Durchschnittswert der abgerechneten KCH-Fälle bzw. die Anzahl der abgerechneten KCH-Behandlungspositionen mit dem jeweiligen Landesdurchschnitt verglichen und bei erheblichen Überschreitungen Kürzungen vorgenommen wurden, wird in der repräsentativen Einzelfallprüfung das gesamte vertragszahnärztliche Leistungsgeschehen versichertenbezogen betrachtet. Die Betrachtung des gesamten Behandlungsgeschehens bzw. des Behandlungsverlaufes kann dazu führen, dass einzelne, vordergründig unwirtschaftlich erscheinende Leistungen sich als ebenso sinnvoller als im Kontext dann auch wirtschaftlicher Bestandteil einer Gesamt-Behandlung erweisen.

<sup>19</sup> Die KZV Bremen und die Verbände der Krankenkassen verhandeln derzeit über eine Anpassung der Prüfvereinbarung an die am 01.01.2017 in Kraft tretenden Neufassungen von §§ 106, 106a-106c SGB V.

Im Durchschnitt der pro Quartal vorgenommenen acht Prüfungen führen 1-2 zu weitergehenden Schritten wie z.B. der Anforderung einer Stellungnahme von dem Vertragszahnarzt.

Werden im Zuge der Prüfung Aspekte festgestellt, die über die originären Inhalte der Wirtschaftlichkeitsprüfung hinausgehen – z.B. umfangreicher sachlich-rechnerischer Berichtigungsbedarf oder nicht nachvollziehbare Behandlungsläufe –, so erfolgt von der Prüfungsstelle oder dem Beschwerdeausschuss eine entsprechende Information an den Vorstand der KZV Bremen. Es erfolgt dann eine schriftliche Belehrung oder ein Beratungsgespräch des Vorstandes mit dem betroffenen Zahnarzt über seine vertragszahnärztlichen Pflichten. Bei Bedarf wird dabei auch deutlich auf die möglichen Folgen weiterer Pflichtverstöße hingewiesen.

In der Regel führen derartige Beratungen zeitnah zu einer nachhaltigen Veränderung des Abrechnungsverhaltens oder zu einer Überarbeitung der bisherigen Ansätze der Behandlungsplanung.

Mit der Einführung der „Zufälligkeitsprüfung“ in Kombination mit der Prüfmethodik der „repräsentativen Einzelfallprüfung“ wurde die Wirtschaftlichkeitsprüfung in enger Zusammenarbeit der Vertragspartner von einer zuvor rein monetär ausgerichteten Kürzungsmaßnahme zu einem Steuerungsinstrument weiterentwickelt, in dem nun auch – wie schon lange von der Zahnärzteschaft gefordert – Behandlungskonzepte und Qualitätsmerkmale Berücksichtigung finden.

Mit der rein statistischen Durchschnittsprüfung fielen stets die Praxen in die Wirtschaftlichkeitsprüfung, deren KCH-Fallwertdurchschnitt und/oder die Anzahl einzelner KCH-Behandlungspositionen deutlich oberhalb des Landesdurchschnitts lagen. Diese sog. „Auffälligkeitsprüfung“ findet heute nur noch ergänzend statt.

Die Zufälligkeitsprüfung hingegen umfasst grundsätzlich alle vertragszahnärztlichen Praxen im Lande Bremen unabhängig von ihrem quantitativen Leistungsniveau. Dies hat zur Folge, dass nunmehr auch Praxen, die von der Auffälligkeitsprüfung aus verschiedenen Gründen (z.B. hohe KCH-Fallzahl mit großem Anteil an „Verdüner“-Fällen) nie betroffen waren, in die Wirtschaftlichkeitsprüfung kommen. Trotz des erweiterten Prüfumfanges im Zuge der „systematischen Einzelfallprüfung“ führt insbesondere dieser stärker qualitativ ausgerichtete Prüfungsansatz i.d.R. zu geringeren Kürzungsbeträgen als die statistische Durchschnittsprüfung.

Dies belegt die insgesamt hohe Behandlungs- und Abrechnungs-Qualität der Praxen im Lande Bremen.

## 9. Zahnärztliche Versorgung von alten und behinderten Patienten

Schon bevor von Seiten der Politik die zahnärztliche Versorgung von Bewohnern von Heimen für alte und behinderte Menschen als Thema „entdeckt“ wurde, ist die KZV Bremen tätig geworden, um eine qualitative Verbesserung der Versorgung dieses Personenkreises zu erreichen.

Bereits im Jahre 2008 hatte die KZV Bremen in Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer Bremen eine erste Analyse vorgenommen, welche Maßnahmen erforderlich sind, um die zahnärztliche Versorgung von Bewohnern von Alten- und Behindertenheimen nachhaltig zu verbessern.

Mit der Untersuchung von Dr. med. Thomas Hilbert (Gesundheitsamt Bremen) und Dr. med. dent. Dirk Mittermeier (KZV Bremen) erfolgte auf Basis einer Ende 2011 durchgeführten Erhebung des IST-Zustandes der zahnärztlichen Versorgung in Pflegeheimen und Einrichtungen für Behinderte unter Einbeziehung der zahnärztlichen Praxen im Lande Bremen eine vertiefende Betrachtung dieser Problematik.<sup>20</sup>

Die im Rahmen dieser Analysen erfolgte Ursachenforschung ergab u.a., dass mit dem Umzug eines zuvor in der Regel über lange Jahre durchgängig zahnärztlich betreuten Patienten in ein Alten- oder Pflegeheim der Kontakt zu dem Hauszahnarzt häufig abbricht, da diese Patienten zumeist nicht mehr dazu in der Lage sind, ihren Hauszahnarzt selbst aufzusuchen. Der Hauszahnarzt weiß dabei oftmals gar nicht, warum der Patient nicht mehr erscheint.

Insbesondere bei älteren Patienten führt der Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim in der Folge dazu, dass die Kontrolle und bei Bedarf Anpassung oder Reparatur der zum Teil aufwändigen Teil- oder Total-Prothesen nicht mehr erfolgt. Da diese „Prothesen-Wartung“ durch das dafür zumeist nicht ausreichend qualifizierte Pflegepersonal nicht in effektiver Art und Weise vorgenommen werden kann, werden Prothesen häufig innerhalb kürzester Zeit funktionsuntüchtig.

Ähnliches gilt für den oftmals noch vorhandenen Rest-Zahnbestand der Heim-Bewohner. Kariöse Erkrankungen werden durch das Pflegepersonal nicht rechtzeitig erkannt. Ist der Bewohner zudem nicht (mehr) dazu in der Lage, sich im Falle von Zahnschmerzen entsprechend frühzeitig und eindeutig zu artikulieren, dann ist letztlich die Extraktion die einzige noch verbleibende Behandlungsmöglichkeit. War der extrahierte Zahn zudem noch Bestandteil einer Prothese, ist die Funktionsuntüchtigkeit dieser Prothese oftmals die unvermeidbare Folge. Im schlimmsten Fall führt diese Entwicklung dazu, dass der Betroffene nur noch über eine Magensonde ernährt werden kann, da sein Kauapparat unwiederbringlich geschädigt ist.

Als Grundproblem für die nicht ausreichende zahnärztliche Versorgung von Heimbewohnern wurde festgestellt, dass die zahnärztliche Versorgung zumeist erst auf Anforderung durch das Heim erfolgt. Erforderlich ist hingegen eine regelmäßige aufsuchende Betreuung, die jedoch nur in enger Abstimmung mit der jeweiligen Heimleitung möglich ist.

In den nachfolgenden Gesprächen von KZV und ZÄK Bremen mit den Verbänden der Krankenkassen, Vertretern des Gesundheitsamtes sowie der zuständigen senatorischen Dienststelle war unstrittig, dass ein erheblicher Verbesserungsbedarf für die Betreuung und Versorgung von Heimbewohnern besteht und dass das von der Bremer Zahnärzteschaft erarbeitete Konzept an dieser Stelle zu einer deutlichen Qualitätsverbesserung führen würde. Die Verbände der Krankenkassen vertraten jedoch die Auffassung, dass die Vergütung für derartige zusätzliche zahnärztliche Leistungen bereits in den Gesamtvergütungen „eingepreist“ sei.

Die Initiative der Bremischen Zahnärzteschaft zur Verbesserung der Versorgung von Heimbewohnern erfolgte von Anfang an in enger Abstimmung mit der KZBV und deren Bemü-

---

<sup>20</sup> „Die zahnärztliche Versorgung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern im Land Bremen aus Sicht der Einrichtungen und der Zahnärzte – Ergebnisse zweier Befragungen“; Quelle: „Monitor Versorgungsforschung“ Ausgabe Nr. 05/13, S. 45-51

hungen um eine gesetzliche Grundlage für eine aufsuchende zahnärztliche Betreuung und Versorgung von alten und behinderten Menschen.

Viele Inhalte des damaligen Konzepts der KZV Bremen finden sich wieder in den gesetzlichen Neuregelungen nach § 87 Abs. 2i / 2j SGB V.

### 9.1 Leistungen nach § 87 Abs. 2i SGB V

Die Initiativen der Zahnärzteschaft unter Federführung der KZBV führten schließlich dazu, dass im Zuge des mit dem GKV-VStG neu aufgenommenen § 87 Abs. 2i SGB V mit Wirkung ab dem 01.04.2013 neue BEMA-Positionen für die aufsuchende Betreuung eingeführt wurden:

- 171a) Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten, die pflegebedürftig sind, eine Behinderung oder eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen.
- 171b) Zuschlag für das Aufsuchen von weiteren Versicherten, die pflegebedürftig sind, eine Behinderung oder eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen, in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 171a.

Die KZV Bremen fördert die aufsuchende Betreuung von Versicherten u.a. dadurch, dass nicht nur die Zuschläge nach 171 a/b, sondern auch die im Rahmen der Besuche erbrachten Leistungen vollständig außerhalb der Begrenzungen durch den Honorarverteilungsmaßstab (→ Abschnitt 7.) vergütet werden, obwohl diese „Begleitleistungen“ den Gesamtvergütungen unterliegen.

### 9.2 Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V

Zum 01.04.2014 wurden neue BEMA-Positionen für die vertragszahnärztliche Betreuung von Heimbewohnern eingeführt:

- Für das Aufsuchen eines pflegebedürftig Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung wird als Zuschlag die Gebühr 172a eingeführt.
- Für das Aufsuchen von weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben Einrichtung im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang wird als Zuschlag die Geb.-Nr. 172b eingeführt.
- Des Weiteren wird die Gebühr 172c für die Beurteilung des zahnärztlichen Behandlungsbedarfs, des Pflegezustandes der Zähne, der Mundschleimhaut sowie der Prothesen, das Einbringen von versichertenbezogenen Vorschlägen für Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit, einschl. Dokumentationen anhand eines Formblattes aufgenommen.
- Die Gebühr 172d wird für die Unterstützung und ggf. praktischen Anleitung des Pflegepersonals zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit aufgenommen.

Ebenfalls wurden die BEMA-Nrn.

154: Besuch eines pflegebedürftig Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung, einschl. Beratung und eingehende Untersuchung) und

155: Besuch je weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang, einschl. Beratung und eingehende Untersuchung)

neu aufgenommen.

Während mit den Leistungen nach § 87 Abs. 2i SGB V lediglich Zuschlagspositionen für die aufsuchende Betreuung geschaffen wurden, beinhalten die BEMA-Positionen nach § 87 Abs. 2j SGB V erstmals auch konkrete vertragszahnärztliche Leistungen speziell für Heimbewohner.

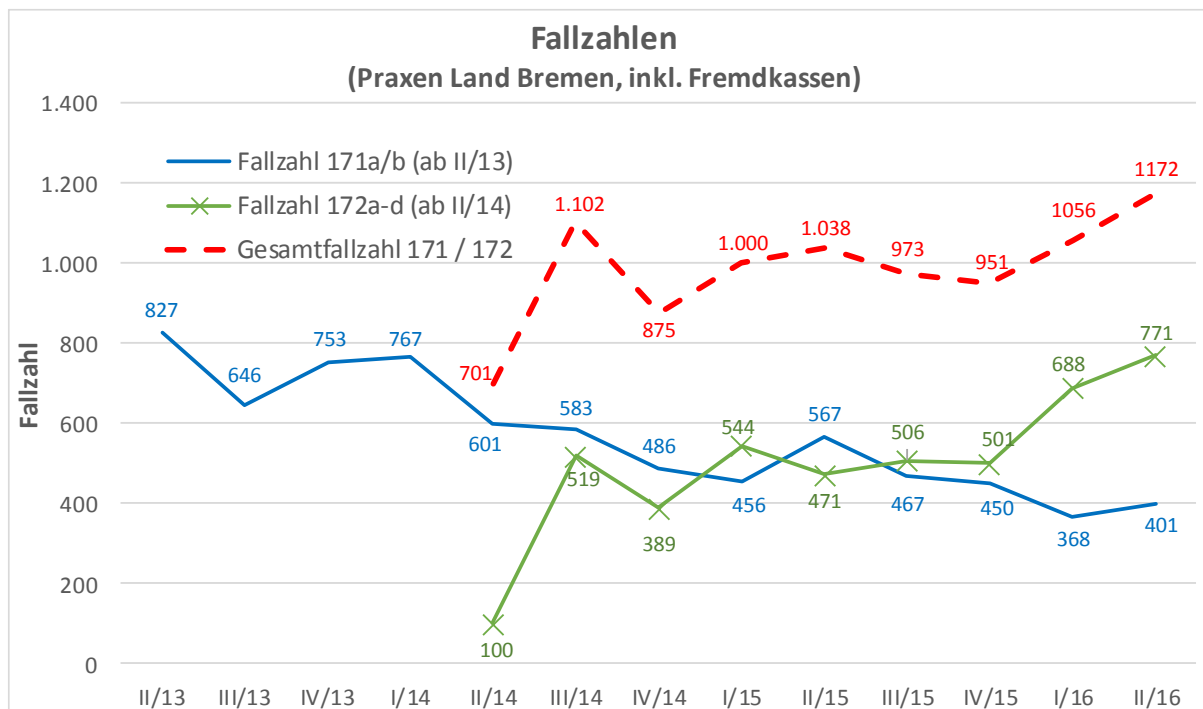


Voraussetzung für die Abrechnung von Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V ist der Abschluss eines Kooperationsvertrages nach § 119b SGB V zwischen Vertragszahnarzt und stationärer Pflegeeinrichtung. Die abgeschlossenen Verträge sind der zuständigen KZV vorzulegen.

Ebenso wie die Zuschläge nach 171 a/b vergütet die KZV Bremen auch die Leistungen nach 172 a-d einschließlich sämtlicher im Rahmen von Heimbisuchen erbrachter Leistungen außerhalb der Honorar-Begrenzungen durch den Honorarverteilungsmaßstab (→ Abschnitt 7.).

Mit Stand 30.11.2016 lagen der KZV Bremen 56 Kooperationsverträge von 25 Praxen mit 53 stationären Pflegeeinrichtungen (davon 48 von insgesamt 97 Einrichtungen im Lande Bremen) vor. Mit einem „Versorgungsgrad“ von 49,5 % der Pflegeeinrichtungen im Lande Bremen liegt die KZV Bremen nach aktuellem Kenntnisstand im Bundesvergleich an vorderer Stelle. Im Bundesdurchschnitt verfügen ca. 25 % der stationären Pflegeeinrichtungen über Kooperationsverträge.

Mit Einführung der Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V zum 01.04.2014 wurden durch Verträge nach § 119b SGB V zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und Kooperationszahnärzten zum Teil die Fälle mit Zuschlägen für die aufsuchende zahnärztliche Betreuung von Pflegebedürftigen nach § 87 Abs. 2i SGB V substituiert:<sup>21</sup>



Insbesondere seit dem ersten Quartal 2016 geht mit der steigenden Zahl der Kooperationsverträge nach § 119b SGB V auch ein signifikanter Anstieg der Fallzahlen mit Leistungen in Verbindung mit den BEMA-Positionen 171 a/b oder 172 a-d einher. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass von den Einrichtungen geschlossene Verträge zunächst gegenüber den Bewohnern dieser Einrichtungen kommuniziert werden mussten, bevor sie „mit Leben erfüllt“ wurden.

Ziel der KZV Bremen ist es, mittelfristig möglichst eine vollständige Abdeckung der knapp 100 stationären Pflegeeinrichtungen im Lande Bremen mit Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V zu erreichen.

Selbst bei Erreichung dieses Zieles wäre nicht von einem entsprechenden Anstieg der Kosten für die gesetzlichen Krankenkassen auszugehen, da aufgrund der räumlichen und hygieni-

<sup>21</sup> Fallzahlen für das Quartal III/16 liegen Anfang 2017 vor.

schen Bedingungen in den meisten Pflegeeinrichtungen nur in sehr begrenztem Umfang vertragszahnärztliche Leistungen erbracht werden können. Ein wesentlicher Teil der Tätigkeit der Behandler in den Heimen wird vielmehr auf die zahnärztliche Betreuung der Versicherten entfallen, die u.a. die Unterweisung des Pflegepersonals in der Reinigung und Pflege der vorhandenen, zum Teil sehr hochwertigen Zahnprothesen, und die Vermeidung von Folgeerkrankungen durch regelmäßige Kontrolluntersuchungen umfasst.

So leistet die Zahnärzteschaft bei vergleichsweise geringen Kosten für die gesetzlichen Krankenkassen einen wesentlichen Beitrag für die Erhaltung und ggf. sogar Steigerung der Lebens-Qualität der Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen.

Aus zahnärztlicher Sicht hat der Gesetzgeber trotz der zum Teil noch nicht ausreichenden Maßnahmen mit der Einführung von §§ 87 Abs. 2i und 2j SGB V erste Grundlagen geschaffen, mit denen mit vergleichsweise geringem finanziellen Aufwand der Krankenkassen eine ebenso notwendige wie sinnvolle Verbesserung der vertragszahnärztlichen Versorgung erreicht werden kann. Im Gegensatz zu den bereits bestehenden gesetzlichen Qualitätsanforderungen z.B. zur Hygiene, zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung steht hier die zahnärztliche Betreuung im Vordergrund.

Nunmehr wurden der Zahnärzteschaft erste Instrumente in die Hand gegeben, mit denen die häufig geforderte Verbesserung der Qualität der Versorgung zumindest in einem Teilbereich wirksam praktisch umgesetzt werden kann.

An dieser Stelle ist nochmals zu betonen, dass die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen auf Initiative der Zahnärzteschaft in das SGB V aufgenommen wurden.

Angesichts der demografischen Entwicklung besteht jedoch noch weiterer – von der Zahnärzteschaft unvermindert eingeforderter – Handlungsbedarf des Gesetzgebers. Hierzu wurde mit der Schaffung des neuen § 22a SGB V, der erstmals den Anspruch von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen auf Prophylaxeleistungen vorsieht, eine weitere wesentliche Verbesserung erreicht. Den Beratungen über die entsprechenden Richtlinien und Leistungsbeschreibungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 SGB V liegt ein umfassendes Prophylaxe-Konzept der Zahnärzteschaft für diese Patientengruppe zugrunde.

## 10. Gesetzliche Vorgaben vs. Qualitätssicherung

Bereits mit dem GMG hat der Gesetzgeber eine Vielzahl von Vorgaben geschaffen, zu denen in den Gesetzesbegründungen auf die Qualitätssicherung bzw. -förderung abgestellt wird.

### 10.1 Fortbildungspflicht gemäß § 95d SGB V

Insbesondere ist hier die Verpflichtung zur fachlichen Fortbildung gemäß § 95d SGB V zu nennen. Danach mussten alle Vertragszahnärzte innerhalb eines Fünf-Jahres-Zeitraumes – erstmals zum 30. Juni 2009 – nachweisen, dass sie „sich in dem Umfang fachlich fortbilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zur Berufsausübung in der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Medizin, Zahnmedizin oder Psychotherapie entsprechen. Sie müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein“ (§ 95d Abs. 1 SGB V).

Gemäß § 95 d Abs. 6 SGB V haben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Bundeszahnärztekammer einvernehmlich geregelt, dass jeder Vertragszahnarzt zur Erfüllung seiner Fortbildungspflicht innerhalb des Fünf-Jahres-Zeitraumes 125 „Fortbildungspunkte“ zu erbringen hat. Die Vergabe der „Fortbildungspunkte“ für Fortbildungsveranstaltungen erfolgt dabei durch die Kammern.

Sofern Mitglieder der KZV ihrer Fortbildungsverpflichtung bis zum Ablauf des Fünf-Jahres-Zeitraumes nicht bzw. nicht in dem vorgegebenen Umfang nachkommen, ist die KZV verpflichtet, das abgerechnete Honorar zunächst für vier Quartale um 10 % und für vier weitere Quartale um 25 % zu kürzen, bis der Fortbildungsnachweis vollständig erbracht ist. Kommt der Vertragszahnarzt dieser Verpflichtung bis zwei Jahre nach Ablauf der Fortbildungsfrist nicht nach, so ist die KZV verpflichtet, „unverzüglich gegenüber dem Zulassungsausschuss einen Antrag auf Entziehung der Zulassung zu stellen“ (§ 95d Abs. 3 SGB V).

Die erstmalige Überprüfung der Fortbildungspflicht zum 30.06.2009 ergab, dass insgesamt 7 Mitglieder der KZV Bremen dieser Verpflichtung nicht bzw. nicht vollständig nachgekommen waren (= 1,5 %). Hierbei handelte es sich überwiegend um ältere Mitglieder, die ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit kurz darauf beendeten, so dass es für zwei Mitglieder nur für ein bzw. zwei Quartale zu Honorarkürzungen kam. Ein Mitglied verstarb unmittelbar nach Ablauf der Fortbildungsfrist. Für vier Mitglieder mussten über mehrere Quartale zunächst 10%ige, dann 25%ige Honorarkürzungen vorgenommen werden. Alle diese Mitglieder haben ihre Fortbildungspflicht nacherfüllt bzw. ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit kurz nach dem Fristablauf beendet.

Zum Ende des 2. Fünf-Jahres-Zeitraumes am 30.06.2014 hatten 5 Mitglieder der KZV Bremen (= 1,1 %) ihre Fortbildungspflicht nicht bzw. nicht vollständig erfüllt. Zwei dieser Mitglieder beendeten kurz darauf ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit, die übrigen drei Mitglieder erfüllten ihre Fortbildungspflicht bis zum 30.09.2014 nach.

Aktuell haben alle Mitglieder der KZV Bremen ihre Fortbildungspflicht fristgerecht erfüllt.

Zahnärztlicherseits wird die gesetzlich vorgeschriebene Fortbildung abgelehnt, da diese Vorgabe dazu führen kann, dass Fortbildung lediglich „der Punkte wegen“ erfolgt. Sinn und Zweck der Fortbildung muss aber in erster Linie die Teilhabe am wissenschaftlichen Fortschritt zum Wohle des Patienten sein. Mit der gesetzlichen Regelung ist vorprogrammiert, dass Vertragszahnärzte ggf. an Fortbildungen teilnehmen (müssen), die weder für sie noch für ihre Patienten von Nutzen sind, nur um ihr Punktekontingent zu erfüllen.

## 10.2 Beauftragter gemäß § 81a SGB V

Schließlich zählt zur Qualitätssicherung im weitesten Sinne auch die ordnungsgemäße Abrechnung von Leistungen durch die Mitglieder der KZV gemäß der geltenden gesetzlichen und vertraglichen Abrechnungsbestimmungen.

Qualitätssicherung ist hier weniger im Sinne einer verstärkten Abrechnungs-Kontrolle zu verstehen, wie sie von der GKV-Prüfgruppe oder auch der Staatsanwaltschaft angestrebt wird.

Qualitätssicherung umfasst in diesem Zusammenhang die regelmäßige und zeitnahe Information der Mitglieder der KZV über Änderungen im Abrechnungsgeschehen, Aufklärung über die möglichen Folgen irrtümlich fehlerhafter Abrechnungen und die fortwährende Beratung in Abrechnungsangelegenheiten.

Dennoch ist zweifelhaft, ob auch die Tätigkeit des Beauftragten nach § 81a SGB V zur Qualitätssicherung im weitesten Sinne zu zählen ist. Aufgabe des Beauftragten ist die Verfolgung von Fällen, in denen ein Schaden zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen entstanden ist.

Zwar wird von Seiten der Krankenkassen die Tätigkeit des Beauftragten (hier: gemäß § 197a SGB V) als Beitrag zur Qualitätssicherung betrachtet. Allerdings führt diese Sichtweise wieder auf das anfangs genannte Problem zurück, dass Qualitätssicherung damit allein auf den Kosten-Gesichtspunkt reduziert wird.

## 10.3 Weiteres

Über die beschriebenen Maßnahmen der Qualitätssicherung durch die KZV hinaus unterliegen zahnärztliche Praxen noch in einer Vielzahl weiterer Bereiche sowohl der gesetzlichen Verpflichtung als auch einem originären Eigen-Interesse zur Qualitätssicherung und -verbesserung.

Exemplarisch seien hier lediglich die Bereiche

- Patientenschutz,
- Hygienebestimmungen / RKI-Richtlinien,
- Arbeitsschutz,
- Röntgenverordnung

genannt.